



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

**Perfil de Funções Mentais Globais e Específicas
numa população idosa institucionalizada na região
da Beira Interior Norte pela aplicação da CIF: Um
estudo Descritivo**

**Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia
Comunitária e Investigação**

Patrícia Oliveira Almeida

Relatório de estágio para obtenção do Grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas
(Ciclo de estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Manuel Martins Valbom
Co-orientador: Prof^a. Doutora Maria de Lurdes Paiva Monteiro
Co-orientador: Prof. Doutor João Luís Baptista

Covilhã, setembro de 2017

Dedicatória

“A ciência não é uma ilusão, mas seria uma ilusão acreditar que poderemos encontrar noutro lugar o que ela não nos pode dar.”

Sigmund Freud

A todos os que me apoiaram neste percurso e me ajudaram a subir esta encosta.

Obrigado por todos os momentos partilhados.

Espero um dia poder retribuir.

Agradecimentos

Ao meu orientador Professor Doutor José Manuel Martins Valbom e co-orientadores Professora Doutora Maria de Lurdes Paiva Monteiro e Professor Doutor João Luís dos Santos Baptista, por toda a atenção, compreensão, motivação, apoio e empenho pelo tema desde do primeiro minuto. A orientação, disponibilidade e conhecimentos transmitidos permitiram a realização deste trabalho. Têm o meu maior respeito. Muito obrigada.

Aos Diretores Técnicos das instituições e seus auxiliares que forneceram todos os dados necessários e apoio técnico para a realização desta investigação.

A todos os utentes que participaram na realização destes inquéritos, pela disponibilidade demonstrada, pelo esforço e pela experiência de vida partilhada.

À Doutora Olívia Maria de Jesus Gomes e a toda a fabulosa equipa da Farmácia do Cavaco que me acolheram como um membro da equipa e me forneceram todo o apoio necessário à complementaridade da minha formação académica.

Aos meus pais. Este trabalho não tinha sido realizado se não fosse por vocês. Transmitiram todo o carinho, amor, motivação e calma ao longo do caminho percorrido sem nunca deixarem de acreditar em mim. Obrigado pelo esforço e pelas horas de trabalho adicionais que fizeram para que eu tivesse todo o conforto necessário para sentir-me em casa.

À minha avó pelo carinho e pelas surpresas que me fez ao longo destes cinco anos para que nunca deixa-se de sentir que a família me apoiava em todas as decisões.

Ao Rúben, por me fazer chorar e sorrir nos momentos necessários sem nunca me deixar desistir, bem como pela paciência, companheirismo, apoio e incentivo a cada degrau.

À Ana Laura Sousa, por todo o apoio e conselhos dados desde o primeiro dia que frequentei o curso. Desejo um dia poder agradecer tudo o que me ofereceste.

A todos os amigos próximos que acreditaram na realização deste objetivo, apoiaram, acreditaram e demonstraram interesse em descobrirem a resposta a este projeto.

Resumo

A presente dissertação insere-se no âmbito da obtenção do grau de mestre em Ciências Farmacêuticas e divide-se em dois capítulos distintos. O primeiro capítulo é relativo ao trabalho de investigação que teve como objetivo descrever o perfil de funções mentais globais e específicas numa população idosa institucionalizada na região da Beira Interior Norte. No segundo encontra-se descrito a experiência profissional desenvolvida em Farmácia Comunitária.

O Capítulo um descreve o trabalho de investigação efetuado no idoso institucionalizado com o objetivo de descrever o perfil de consciência, orientação, memória, sono e atenção utilizando a ferramenta de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Neste sentido, foi desenvolvido um estudo do tipo observacional descritivo em Instituições Particulares de Solidariedade Social nos concelhos de Almeida, Guarda e Sabugal durante o ano de 2016. A amostra foi constituída por 338 idosos institucionalizados aos quais foi realizado um inquérito sociodemográfico e clínico. Foram utilizadas quatro ferramentas: Escala de Glasgow; *Mini Mental State Examination*; *Pittsburg Sleep Quality Index*; e Teste de Toulouse-Piéron. A população em estudo representou-se maioritariamente pelo género feminino (74,6%) e com idade média de $85,7 \pm 6,4$ anos. As cinco patologias mais frequentes são: hipertensão arterial (13,9%), insuficiência cardíaca (4,8%), dislipidémia (4,8%), diabetes *mellitus* tipo 2 (4,6%) e acidente vascular cerebral (3,5%). Mais de metade da população encontrava-se vigilante e alerta (53,6%) e 7,1% em estado comatoso. O défice cognitivo é de 67,9%. Dos utentes, 27,3% e 61,0% encontram-se orientados em relação ao tempo e em relação ao espaço, respetivamente. A memória de curta duração do tipo imediata é identificada em apenas 23,7% dos utentes, sendo que a memória de trabalho chegou a 91,1%. Um sono com qualidade é apenas caracterizado em 8,9% da população e cerca de 54,3% consome pelo menos um fármaco ansiolítico, sedativo ou hipnótico. O lorazepam correspondeu ao princípio ativo de uso mais frequente (16,6%). Todos os indivíduos podem ser classificados com inibição psíquica. Conclui-se que existe a necessidade de proporcionar diariamente estímulos aos utentes no sentido da melhoria, bem como criação de instituições especializadas, com auxiliares igualmente consciencializados dos cuidados mentais requeridos.

O Capítulo dois descreve as principais atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas realizado na Farmácia do Cavaco entre o dia 21 de janeiro de 2017 e o dia 02 de junho de 2017. Este capítulo refere a função e importância do farmacêutico na comunidade, as regras necessárias ao funcionamento da farmácia, o circuito do medicamento e o aconselhamento farmacêutico. Esta é a etapa essencial à conclusão da formação académica pois permite a consolidação de todos os

conhecimentos teóricos adquiridos, bem como estabelece a primeira ligação entre o farmacêutico, o doente e o mercado de trabalho.

Palavras-chave

Idoso institucionalizado; Consciência; Orientação; Memória; Sono; Atenção; Classificação Internacional de Funcionalidade; Perfil de Funções Mentais Globais; Perfil de Funções Mentais Específicas.

Abstract

The following work comes up as the conclusion of my Master's Degree in Pharmaceutical Sciences and is divided into two distinct chapters. The first chapter is the research that aimed to describe the profile of global and specific mental functions of an institutionalized elderly population from Beira Interior Norte and the second chapter describes my professional experience which was developed in Community Pharmacy.

Chapter one describes the investigation project performed in the institutionalized elderly with the objective of describing the profile of consciousness, orientation, memory, sleep and attention using the International Classification of Functionality, Disability and Health. For this purpose, a descriptive observational study was developed in private solidary institutions (Instituições Particulares de Solidariedade Social - IPSS) in Almeida, Guarda and Sabugal during the year 2016. The sample consisted of 338 elderly people who were institutionalized to which a sociodemographic and clinical survey was carried out. Four tools were used: Glasgow Scale; Mini Mental State Examination; Pittsburg Sleep Quality Index; Toulouse-Piéron test. The studied population was predominantly female (74,6%) with an average age of $85,7 \pm 6,4$ years. The five most frequent pathologies are hypertension (13.9%), heart failure (4.8%), dyslipidemia (4.8%), type 2 diabetes *mellitus* (4.6%) and stroke (3.5%). More than half the population was vigilant and alert (53,6%), but 7,1% were classified as comatose. The cognitive deficit is 67,9%, with 27,3% and 61,0% of the elderly being oriented in relation to time and space, respectively. The short-term memory of the immediate type is identified in 23,7%, and the working memory reached 91,1%. Quality sleep is only characterized in 8,9% of the sample and about 54,3% consumes at least one anxiolytic, sedative or hypnotic drug. Lorazepam corresponded to the most frequently used active principle (16,6%). All individuals can be classified with psychic inhibition by the attention test. It is concluded that there is a need to provide a daily stimulant to the users, as well as the creation of specialized institutions, with helpers equally aware of the mental health care required.

Chapter two describes the main activities developed during the course of the Integrated Master's Degree in Pharmaceutical Sciences held at Farmácia do Cavaco between January 21th 2017 and June 2th 2017. This chapter refers to the role and importance of the pharmacist in the community pharmacy, the rules necessary for the operation of the pharmacy and the entire process of the drug circuit until dispensed with pharmaceutical advice. This is the essential step towards the completion of academic training as it allows the consolidation of all theoretical knowledge acquired as well as establishes the first connection with the patient and the labor market.

Keywords

Institutionalized elderly; Consciousness; Orientation; Memory; Sleep; Attention; International Classification of Functioning; Global Mental Functions Profile; Specific Mental Function Profile.

Índice

Capítulo 1 - Funções Mentais Globais e Específicas numa população idosa institucionalizada na região da Beira Interior Norte	1
1. Introdução	1
1.1. Enquadramento do problema.....	1
2. Estado da arte	3
2.1. Envelhecimento populacional	3
2.2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	6
2.3. Função da Consciência.....	7
2.3.1. Escala de Glasgow	8
2.4. Função da Orientação e da Memória	9
2.4.1. <i>Mini Mental State Examination</i>	10
2.5. Função do Sono	11
2.5.1. <i>Pittsburg Sleep Quality Index</i>	12
2.6. Função da Atenção	13
2.6.1. Teste de Toulouse-Piéron	14
3. Objetivos do estudo	15
3.1. Objetivos gerais.....	15
3.2. Objetivos específicos	15
4. Metodologia da investigação.....	17
4.1. Tipo de estudo e amostra	17
4.2. Instrumentos de investigação e métodos.....	17
4.3. Análise de dados	18
4.4. Ética e confidencialidade	19
5. Resultados.....	21
5.1. Caracterização sociodemográfica.....	21
5.2. Funções Mentais Específicas e Globais - Análise Descritiva	22
5.3. Funções Mentais Específicas e Globais - Análise Bivariada.....	25
6. Discussão	29
7. Limitações	39
8. Conclusão	41
9. Perspetivas futuras e sugestões	43
10. Referências	45
Capítulo 2 - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária: Farmácia do Cavaco, Santa Maria da Feira	57
1. Introdução	57
2. Organização da Farmácia Comunitária.....	59
2.1. Localização, horário de funcionamento e caracterização dos utentes	59
2.2. Instalações físicas e equipamento	59

2.3.	Recursos humanos e respetivas funções.....	61
2.3.1.	Formação Científica	62
2.4.	Legislação.....	63
2.5.	Aplicação informática	64
3.	Informação e documentação científica	65
4.	Medicamentos e outros produtos de saúde	67
4.1.	Sistemas de classificação	68
5.	Aprovisionamento e armazenamento	69
5.1.	Gestão de encomendas	69
5.1.1.	Seleção de fornecedores	69
5.1.2.	Aquisição de produtos farmacêuticos e realização de encomendas.....	70
5.2.	Receção e verificação de encomendas	71
5.3.	Atribuição de preços	73
5.4.	Crítérios e condições de armazenamento	73
5.5.	Controlo dos prazos de validade	74
5.6.	Devoluções.....	75
6.	Interação Farmacêutico, utente e o medicamento.....	77
6.1.	Comunicação com o utente.....	77
6.2.	Farmacovigilância	78
6.3.	Medicamentos fora de uso	79
7.	Dispensa de medicamentos	81
7.1.	Medicamentos sujeitos a receita médica.....	81
7.1.1.	Regimes de comparticipação	82
7.1.2.	Medicamentos sujeitos a receita médica especial	84
7.1.3.	Interpretação, validação e conferência de receitas médicas	85
7.2.	Medicamentos não sujeitos a receita médica	88
7.3.	Cedência de urgência de medicamentos sujeitos a receita médica.....	88
8.	Automedicação.....	89
9.	Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	91
9.1.	Dermofarmácia, cosmética e higiene	91
9.2.	Produtos dietéticos para alimentação especial	92
9.3.	Produtos dietéticos infantis	93
9.4.	Suplementos alimentares	94
9.5.	Fitoterapia e produtos homeopáticos.....	95
9.6.	Medicamentos de uso veterinário	95
9.7.	Dispositivos médicos	96
10.	Serviços prestados na Farmácia do Cavaco	99
10.1.	Cartão Saúde	100
10.2.	Atividades desenvolvidas pela farmácia.....	100
11.	Preparação de medicamentos.....	103

12.	Contabilidade e Gestão	105
12.1.	Verificação do receituário	106
12.2.	Faturação do receituário	107
12.3.	Processamento do receituário devolvido	107
13.	Conclusão	109
14.	Referências	111
Anexos		117
Anexo I -	Questionário de recolha de dados clínicos e sociodemográficos	118
Anexo II -	Questionário funções mentais globais e específicas	121
Anexo III -	Aplicação da Escala de Glasgow	129
Anexo IV -	Aplicação do Mini Mental State Examination	131
Anexo V -	Aplicação do Pittsburg Sleep Quality Index	133
Anexo VI -	Aplicação do teste de Toulouse-Piéron	135
Anexo VII -	Variáveis em estudo.....	136
Anexo VIII -	Autorização do questionário e consentimento informado	137
Anexo IX -	Tabelas referentes aos resultados obtidos na análise descritiva	139
Anexo X -	Tabelas referentes aos resultados obtidos na análise bivariada.....	153
Anexo XI -	Descontinuação de Medicamentos.....	169
Anexo XII -	Registo de Não Vendas.....	172
Anexo XIII -	Comprovativo de pedido do produto	173
Anexo XIV -	Registo de Erros Stock	174
Anexo XV -	Comparticipações especiais em Farmácia Comunitária.....	175
Anexo XVI -	Receita normal do Serviço Nacional de Saúde.....	177
Anexo XVII -	Receita normal do Serviço Nacional de Saúde (regime pensionista).....	178
Anexo XVIII -	Receita eletrónica desmaterializada do Serviço Nacional de Saúde	179
Anexo XIX -	Impresso SIFARMA 2000	180
Anexo XX -	Receita manual do Serviço Nacional de Saúde	181
Anexo XXI -	Automedicação	182
Anexo XXII -	Receita para MUV	184
Anexo XXIII -	Vaselina Salicilada a 3%	185

Lista de Figuras

Figura 1 - População em milhões com 60 anos ou mais e com 80 ou mais anos por região, 1980-2050. Fonte: <i>United Nations (2015). World Population Prospects: The 2015 revision.</i>	3
Figura 2 - Rácios do género da população de 60 anos ou mais e com idade igual ou superior a 80 anos para o mundo e as regiões, 2015 e 2050. Fonte: <i>United Nations (2015). World Population Prospects: The 2015 revision.</i>	4
Figura 3 - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (Nº), Portugal, 1970-2014. Fonte: INE, I.P., Estimativas Anuais da População Residente.	5
Figura 4 - Pirâmides etárias, Portugal, 2009, 2014 e 2060 (projeções). Fonte: INE, I.P., Estimativas Anuais da População Residente e <i>Eurostat</i> .	5
Figura 5 - Representação dos vários tipos de memória e sequência do seu aparecimento.	10
Figura 6 - Possíveis origens de uma disfunção no sono. Fonte: <i>Ollayeva T, Thuraijah P, Burton K, Mollayeva S, Shapiro C, Colantonio A. Clinical review: The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis.</i>	12
Figura 7 - Frequência da distribuição dos utentes pelas nove IPSS.	23
Figura 8 - Patologias mais comuns nas nove IPSS.	24
Figura 9 - Distribuição dos utentes das nove IPSS pelo estado de consciência.	24
Figura 10 - Sistema ATC dos medicamentos.	70
Figura 11 - Prescrições médicas.	84
Figura 12 - Comparticipações aplicadas nas prescrições médicas.	85

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Sistemas de classificação aplicáveis aos medicamentos e exemplo 70
representativo das diferentes classificações.

Lista de Acrónimos

AIM	Autorização e Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional de Farmácias
ARS	Administração Regional de Saúde
ATC	Sistema Anatómico - Terapêutico - Químico
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária
CCF	Centro de Conferência de Faturas
CID-10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde
DCI	Denominação Comum Internacional
DGAV	Direção Geral de Alimentação e Veterinária
DM	Dispositivo Médico
FC	Farmácia Comunitária
FEFO	<i>First expiry, first out</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
MMSE	<i>Mini Mental State Examination</i>
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
MUV	Medicamentos de Uso Veterinário
NREM	<i>Non-rapid Eye Movement</i>
OF	Ordem dos Farmacêuticos
ONU	Organização das Nações Unidas
PRM	Problemas Relacionados com o Medicamento
PSQI	<i>Pittsburg Sleep Quality Index</i>
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reação Adversa Medicamentosa
RCM	Resumo das Características do Medicamento
REM	<i>Rapid Eye Movement</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UE	União Europeia 28
URF	Unidade Regional de Farmácias

Capítulo 1 - Funções Mentais Globais e Específicas numa população idosa institucionalizada na região da Beira Interior Norte

1. Introdução

1.1. Enquadramento do problema

O envelhecimento fisiológico pode ser definido como a diminuição da capacidade do indivíduo manter a homeostasia do organismo. (1) Este é um processo heterogéneo e com consequências sérias no sistema nacional de saúde, bem como no nível económico do país. (1)

A análise do último Censo, realizado em 2011, confirma que o envelhecimento da população portuguesa é um fenómeno demográfico por todo o Portugal Continental. (2)

O índice de envelhecimento é definido pelo quociente entre a população idosa e a população jovem (número de pessoas com 65 ou mais anos a dividir pelo número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos). (3) Segundo os últimos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2015, o valor é de 146,5 (por 100 jovens), o que apoia a evolução já constatada em 2011. (4)

Este fenómeno demográfico conduz a uma maior procura de locais de apoio para a realização de atividades diárias, como é o caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). (2,5)

Adicionalmente, não só o avanço da idade é preocupante mas também o aumento de doenças crónicas conjuntamente com alterações das funções mentais: a) ateroscleroses; b) diabetes *mellitus*; c) hipertensão arterial; d) doenças microvasculares; e) doença pulmonar obstrutiva crónica; f) demência; g) Alzheimer; h) Parkinson; i) atrofas; j) hiperplasias; k) entre outras. (1,6) Estes estados são influenciados por fatores de risco ou protetores, estilos de vida pessoais e características comportamentais, sociais, genéticas e clínicas inerentes. (7) A utilização de múltiplos medicamentos, muitas vezes denominada de polifarmácia, é ainda outro problema recorrente nesta população. (8,9)

Desta forma, há que intervir no sentido da prevenção do declínio cognitivo através de cuidados de saúde primários nesta grande faixa etária já envelhecida. Englobando todo o problema apresentado existe adicionalmente as IPSS, com utentes já debilitados, que sofrem de isolamento social, com pouca estimulação e falta de controlo individual das atividades diárias. Uma intervenção nos problemas referidos, evitará o agravamento de um défice cognitivo e promoverá uma melhoria na qualidade de vida dos utilizadores. (10)

2. Estado da arte

2.1. Envelhecimento populacional

Nos últimos anos tem-se assistido a um envelhecimento populacional marcado pela diminuição da natalidade e pelo aumento da esperança média de vida, o que leva a reajustes na forma como a sociedade se encontra organizada tanto a nível político como social. (11)

Segundo uma estimativa da Organização das Nações Unidas (ONU), a tendência é que a população geriátrica se torne cada vez mais numerosa em relação às pessoas mais jovens (Figura 1). Em 2050, as pessoas idosas ascenderão a 21,5% da população mundial, sendo que o número de pessoas com mais de 60 anos superará a população de jovens com menos de 15 anos. (12,13) Dentro da população com 60 ou mais anos, em 2015, 1,7% tinha 80 ou mais anos, em 2050 estima-se que chegue a 4,5% da população mundial. (12,13)

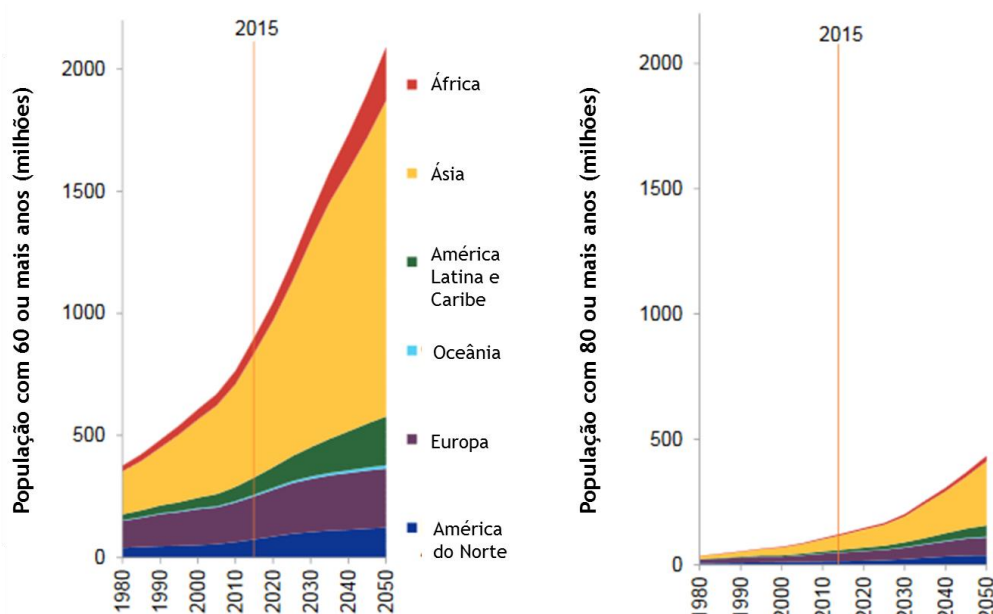


Figura 1 - População em milhões com 60 anos ou mais anos e com 80 ou mais anos, por região, 1980-2050. Fonte: *United Nations (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision*. (14)

Segundo dados das Nações Unidas a população idosa é predominantemente composta por mulheres pois têm uma esperança média de vida maior. A nível mundial, as mulheres tendem a viver em média aproximadamente mais 5 anos que os homens. Em 2015 representavam 54% da população mundial com 60 ou mais anos sendo que esta percentagem aumenta proporcionalmente com o avançar da idade. (14) No mesmo ano referido previamente, em todas as regiões do mundo, o desequilíbrio do género da população era mais demarcado na Europa, onde existiam apenas 73 homens por 100 mulheres com 60 anos ou mais anos, e 51 homens por 100 mulheres com 80 ou mais anos (Figura 2). (14)

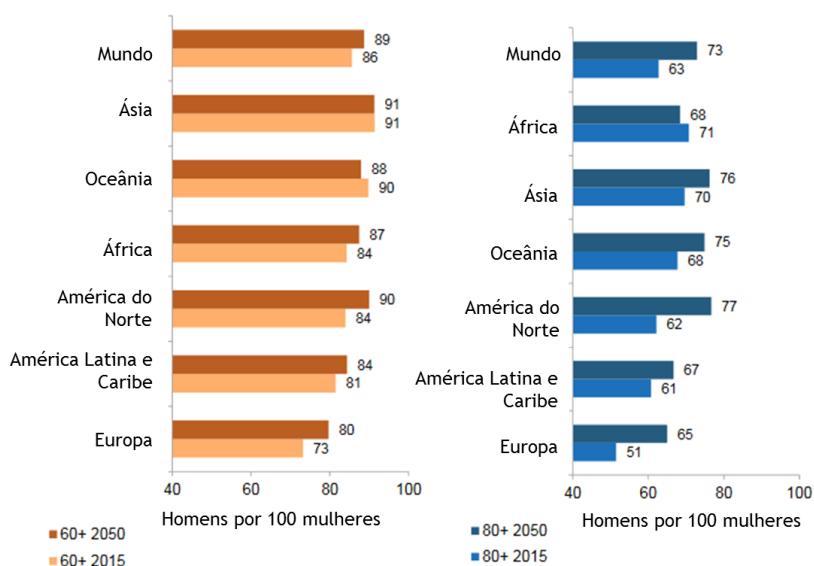


Figura 2 - Rátios do género da população de 60 anos ou mais e com idade igual ou superior a 80 anos para o mundo e as regiões, 2015 e 2050. Fonte: *United Nations (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision*. (14)

Em Portugal o envelhecimento demográfico é acentuado, apresentando uma proporção de idosos de 20,5% (idade igual ou superior a 65 anos) estando na quarta posição dos países da União Europeia 28 (UE). (15-17) Na região da Covilhã e da Guarda, os valores percentuais de idosos são de 24,8% e de 21,4%, respetivamente. (15-17)

O índice de envelhecimento aumentou para 146,5 (por 100 jovens) nos últimos 20 anos e as projeções apontam para que em 2060 chegue a 307 idosos por 100 jovens que residam em Portugal, tornando-se no país com o 5º valor mais alto da UE 28. (4,16,18) Ainda pode ser adicionado o fato de Portugal ser o 3º país com o valor mais baixo do índice de renovação da população, devido à diminuição do volume de população jovem e da população em idade ativa, em simultâneo com o aumento da população idosa (Figura 3). (16,19) Numa evolução menos demarcada, encontra-se o índice de dependência de idosos (quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade) com valor de 31,4 (por 100 jovens) (Figura 3). (16,20,21)

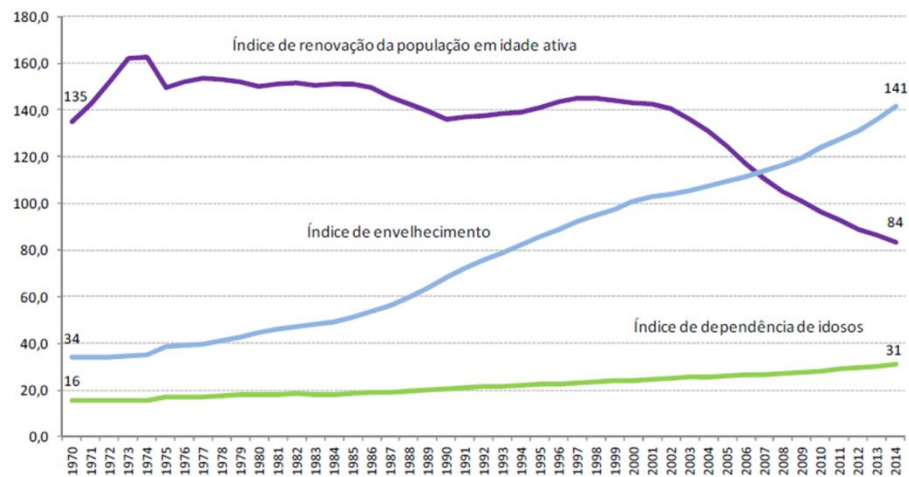


Figura 3 - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (Nº), Portugal, 1970-2014. Fonte: INE, I.P., Estimativas Anuais da População Residente. (16)

Uma outra forma de análise do envelhecimento demográfico entre Portugal e a restante UE 28 é pela análise das pirâmides etárias (Figura 4).

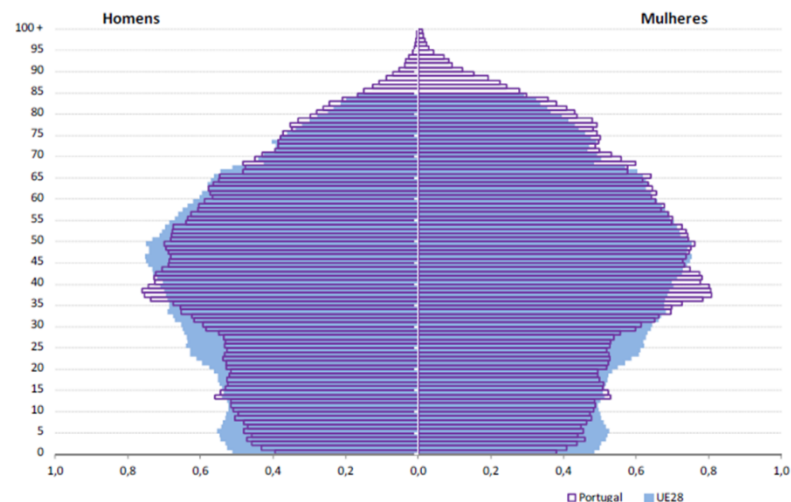


Figura 4 - Pirâmides etárias, Portugal, 2009, 2014 e 2060 (projeções). Fonte: INE, I.P., Estimativas Anuais da População Residente e Eurostat. (16)

Pela análise da Figura 4 verifica-se uma inversão do conceito geométrico da figura, seja em Portugal como na UE 28. Identifica-se que a base da pirâmide etária está a sofrer um fenómeno de estreitamento, devido à diminuição da natalidade e menor número de população jovem residente e, por outro lado, o topo está a alargar em resultado do aumento da esperança média de vida e do aumento da população idosa. (16,22)

Com o envelhecimento, o Comité do Instituto de Medicina de *Washington* estimou que em 2010, no mínimo 5,6 de 8 milhões de idosos tinha uma ou mais alterações na condição mental ou por abuso de substâncias. Desta recolha, 50% incluíam-se na categoria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quarta edição. Destas 15 condições, no mesmo

manual, os problemas mentais, a doença bipolar e a esquizofrenia eram o centro da categoria e classificavam-se como doenças mentais graves. Adicionalmente, pela análise do documento, ainda se podia incluir problemas de ansiedade, de personalidade e demência. (23,24)

É, portanto, importante reavaliar a rede de cuidados que envolve a população idosa, criar novas estruturas especializadas e promover a formação de profissionais especializados para encontrar caminhos que respondam aos novos desafios.

2.2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Para uma melhor caracterização da população, a Organização Mundial de Saúde oferece duas classificações para a descrição dos diferentes estados de saúde: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

As duas classificações funcionam em complementaridade, a CID-10 permite a classificação de doenças, perturbações ou outras condições de saúde onde, e a CIF completa a informação com o estado de funcionalidade, permitindo uma visão mais ampla e significativa sobre a saúde da população. (25,26)

O estado de um indivíduo pode ser dividido em: estado funcional, que segundo a CID-10 e a CIF, é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; e um estado de incapacidade que inclui deficiências, limitações ou restrições na participação de uma atividade. (25,26)

Na CIF é elencada toda a informação sobre domínios da saúde, bem como domínios relacionados com a saúde, através de uma perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade. (25,26) Nos objetivos desta ferramenta incluem-se: a) base científica para a compreensão e estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a mesma; b) fornecimento de uma linguagem e estrutura de trabalho unificada e padronizada para que se culmine numa melhor comunicação entre profissionais de saúde e investigadores; c) comparação de dados entre países, disciplinas, serviços e cuidados de saúde diferentes; d) método de análise uniforme ao longo do tempo e ainda códigos para o sistema de informação de saúde. Sumariamente, proporciona um sistema prático, com garantia de qualidade e ainda aumenta a rentabilidade dos recursos para aplicação na clínica, estatística, investigação, pedagogia e política social. (25)

Existem duas grandes categorias descritas na CIF: 1) Funcionalidade e Incapacidade (que envolve o corpo, atividades e participação) e 2) Fatores Contextuais (fatores ambientais e pessoais), cada uma delas subdividida em várias subcategorias.

Esta ferramenta tem a particularidade de poder ser aplicada a todas as idades. Contudo, nem todos os critérios podem ser aplicados de igual forma às diferentes faixas etárias, aos diferentes padrões demográficos e aos diferentes estados de saúde presentes como se descreve no estudo realizado por Carla Pereira et al.. Este teve como objetivo determinar quais as categorias e os códigos mais adequados para a classificação dos indivíduos com mais de 65 anos de idade, com base na compilação de diferentes artigos sobre o assunto. (27) Da análise identificou-se 252 categorias de interesse para a descrição da faixa etária identificada previamente. Dos diferentes códigos aplicáveis, 83 eram referenciados para as “Funções do Corpo” (32,9% do total). (27) Considerando como relevantes os códigos com mais de 30% de utilização nos diversos estudos, para as funções mentais globais foram consideradas como relevantes para este grupo etário, a função da consciência, orientação e sono, e para as funções mentais específicas a função da atenção e memória. (27)

2.3. Função da Consciência

A consciência é uma função mental que envolve a necessidade de percepção do próprio indivíduo, bem como de todo o ambiente que o rodeia. Está sujeita a constantes estímulos e modificações e, após a receção das mais variadas informações, a mente humana selecionará a informação a armazenar e a integrar pelo uso dos cinco sentidos, pela capacidade de raciocínio, pela memória, pela imaginação e emoção. (28,29)

Esta função mental é produzida em maior ou menor quantidade por determinadas áreas do cérebro, sendo que a principal origem é no sistema talamocortical, que permite uma imagem completa e não por subdivisões. (30)

Uma perda de consciência pode ter várias origens: a) lesões existentes na massa branca ou cinzenta do cérebro, que comprometem o sistema principal; b) por lesões seletivas de áreas talamo-corticais individuais, prejudicando diferentes seções da consciência, por exemplo, identificação de uma pessoa; c) por lesões focais de estruturas mesencefálicas paramedianas, que interrompem persistentemente a consciência. (28)

A função consciência pode ser determinada pela Escala de Glasgow, no entanto uma conclusão definitiva não deve ser promovida unicamente pelo uso de um único teste mas sim pelo uso de outros: a) *Glasgow Liège Scale*, b) *Full Outline of UnResponsiveness*; c) *Reaction Level Scale*; d) *Innsbruck Coma Scale*; e) *Edinburgh-2 Coma Scale*; f) *Clinical Neurologic Assessment Tool*; g) *Maryland Coma Scale*; h) *Bouzarth Coma Scale*. (31)

2.3.1. Escala de Glasgow

A Escala de Glasgow é usada para avaliar o estado da consciência desde 1974 por Teasdale e Jennett. Nessa altura, apenas representava uma escala de catorze pontos, mas em 1977 passou a quinze pontos numa revisão efetuada pelos mesmos (com validação já existente na língua portuguesa). (32,33)

Esta ferramenta é aplicada por neurocirurgiões mas também por outros profissionais de saúde com o objetivo de perceber a existência, ou não, de uma alteração no estado de consciência. As alterações podem ser devidas: a) ao consumo de álcool; b) por problemas psiquiátricos (como, por exemplo, demência, Alzheimer ou delírios); c) pela presença de um tumor; d) devido a reações adversas medicamentosas; e) por uma lesão craniana; f) por problemas cardíacos, musculares ou esqueléticos. (34)

A avaliação do estado de consciência será possível graças aos três níveis da escala: resposta ocular, resposta verbal e resposta motora. (33,35,36) Após a análise individual das três seções, é promovida a soma das cotações individuais e efetuado o registo do resultado. O total obtido varia desde 3 (menos responsivo) a 15 pontos (mais responsivo) e permite tirar conclusões relativas ao utente e abolir o uso de termos de forma deliberada, como: a) acordado; b) letárgico; c) estado estupor; d) obnubilação ou coma. Esta escala permite desta forma uma interpretação mais objetiva do estado de consciência. (37)

Contudo, um mesmo número, para diferentes utentes, pode implicar estados diferentes de consciência, assim como diferentes interpretações para diferentes profissionais. Um valor de 15 demonstra valor máximo em todos os campos avaliados e indica que o indivíduo está vigilante e alerta. Abaixo deste valor implica um comprometimento de uma ou mais funções (ocular, verbal ou motora), de forma ligeira entre 13 e 14; moderada entre 9 e 12; e severa entre o valor de 8 a 3, este último correspondente a um estado vegetativo, isto é, de coma profundo. (38,39)

A favor desta ferramenta tem-se: a) a rapidez da sua aplicação; b) auxílio nas decisões clínicas (como, por exemplo, intubação endotraqueal ou admissão nos cuidados intensivos); c) padronização na forma de comunicação entre diferentes clínicos e comparação entre grupos de pesquisa; d) justificação de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos; e) comparação de lesões; e) deteção de quais os níveis com maiores problemas ou risco de complicações promovendo um prognóstico do indivíduo; f) identificação da progressão do estado de saúde do indivíduo. (40-42)

Por oposição, a utilização deste método tem barreiras associadas: a) uma incorreta aplicação (autores defendem que só deve ser utilizado por profissionais com inúmeros anos de experiência); b) a classificação numérica não revela uma verdadeira urgência médica; c) respostas ambíguas na aplicação do estímulo doloroso; d) os valores da resposta motora, verbal ou ocular não implicam obrigatoriamente a associação de uma lesão neuronal; e) fraca realidade com o prognóstico do utente. (43-45)

2.4. Função da Orientação e da Memória

O termo orientação corresponde a uma função mental básica, presente na área de Wernick (subdividida em autopsíquica - identidade pessoal -, somatopsíquica - corpo - e alopsíquica - tempo e lugar), explica o comportamento do próprio indivíduo no espaço físico, temporal e pessoal.

A orientação em relação ao espaço físico refere-se ao local onde a pessoa se encontra, como, por exemplo, instituição, cidade, distrito ou até mesmo o país em que vive. Por outro lado, uma orientação temporal representa a necessidade de interação com o momento cronológico, isto é, ano, mês, dia do mês, dia da semana e a estação do ano no momento presente. O último elemento (orientação pessoal) refere-se à orientação do indivíduo em relação a si mesmo e à sua capacidade de estabelecer relacionamentos com outros que se encontrem no seu ambiente próximo. Assim, pode-se resumir o termo orientação como um equilíbrio do sujeito com todo o mundo externo que o rodeia. (46,47)

A memória é a função mental que pode ser representada como um armazém que está constantemente a receber informação proveniente de experiências vividas. Esta pode ser dividida em vários tipos de classificações: memória sensorial, memória a curto e memória a longo prazo.

A memória sensorial, como o próprio nome indica, envolve os órgãos sensitivos e é armazenada por um curtíssimo período de tempo. Se processada, evolui para a memória a curto prazo, se não, a informação é eliminada. (48) A memória a curto prazo (que é esquecida ou codificada numa memória a longo prazo) subdivide-se em memória imediata (memorização de letras, números ou palavras) e a memória de trabalho (retenção de informação para a realização sequencial de ordens indicadas). Se deste último tipo ocorrer uma codificação, passa-se a uma memória de longo prazo declarativa ou não declarativa. (48) O primeiro tipo referido, memória a longo prazo declarativa, implícita ou sem registo, refere-se a uma memória automática, ou seja, aquela que é utilizada para procedimentos e habilidades, como nadar, lavar os dentes ou ler. (48) O segundo tipo, memória a longo prazo não declarativa, explícita ou com registo, representa a descrição de acontecimentos prévios, como aniversários ou nomes. Deste último tipo existe uma subdivisão: episódica (recordações e datas) e semântica (quando a descrição envolve o significado das palavras, como, por exemplo, fórmulas químicas, ou seja, conceitos atemporais) (Figura 5). (48)

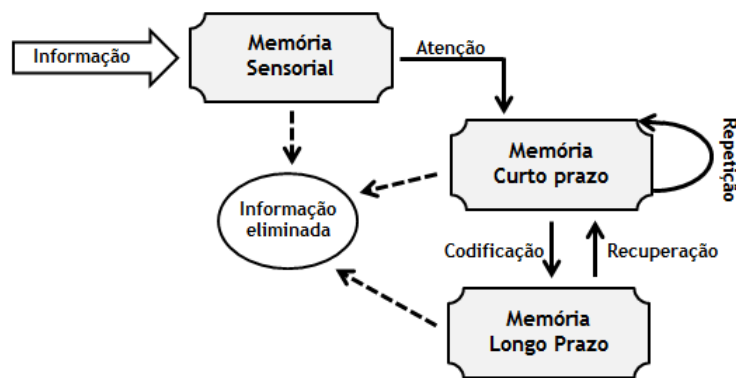


Figura 5 - Representação dos vários tipos de memória e sequência do seu aparecimento. (48)

O *Mini Mental State Examination* (MMSE) permite uma avaliação da orientação espacial, temporal, da memória imediata e de trabalho. (49) Contudo, não é um único teste que permite conclusões definitivas mas sim uma combinação de opiniões de profissionais de saúde e de outros exames como: a) exames laboratoriais para identificação de doses de fármacos que estejam a alterar o estado de orientação; b) eletroencefalograma; c) tomografia computadorizada; d) imagem de ressonância magnética; e) tomografia por emissão de positrões; f) ultrassons. (50,51)

2.4.1. Mini Mental State Examination

O MMSE (criado em 1975 por Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein e Paul R. McHugh) avalia o declínio cognitivo, a orientação e a memória. Este é um dos questionários mais usados na clínica do dia-a-dia e na investigação científica para determinar a existência de défice cognitivo. Sendo facilmente aplicável e com reduzido tempo despendido (cerca de cinco a dez minutos, sem necessidade de cronometração do tempo), o mesmo tem sido usado em múltiplos países nomeadamente na Espanha, no Japão, na China e em Portugal (com a sua validação associada). (49)

Esta ferramenta, como já referido, avalia a orientação no tempo e espaço, a capacidade de registar informação, a atenção, a realização de cálculos, a memória, a linguagem, a repetição e a execução de comandos complexos. (49) Os valores obtidos dependem da existência de uma alteração no foro psicológico, mas também devido a fatores inerentes a cada indivíduo, como é o caso da localização demográfica, fatores genéticos, fatores ambientais, idade e grau de escolaridade. (52-55)

No teste são atribuídos dois tipos de valores, zero para a resposta errada e um para a resposta certa. Uma resposta errada não implica cotação nula na pergunta seguinte, pois as respostas têm cotações independentes. No final do teste, a soma total dos pontos individuais será no máximo trinta pontos. Ao longo dos anos, foram sendo implementadas inúmeras alterações nos valores de limite que representassem défice cognitivo. (56) Neste sentido, após ponderada análise, neste momento, em Portugal, e após estudos populacionais controlados, é

considerado presença de declínio cognitivo quando se obtém: a) valores inferiores a 22 pontos, em casos de escolaridade entre os 0 (analfabetos) e os 2 anos; b) 24 pontos, com escolaridade entre os 3 e os 6 anos; c) 27 pontos em casos com escolaridade igual ou superior a 7 anos. (57-59)

Nas vantagens desta ferramenta destaca-se: a) a simplicidade; b) universalidade do uso; c) uso em investigação clínica primária; d) resultados adaptados ao grau de escolaridade; e) aplicação por qualquer profissional de saúde; f) permite a comparação entre estudos; g) avalia a progressão individual perante estímulos variados. (60-62)

Como limitações entende-se: a) estrutura não programada para a detenção de demência; b) inadequação das palavras de retenção para alguns indivíduos; c) analfabetismo como fator limitante nos cálculos, retenção e na habilidade construtiva; d) difícil determinação dos valores limite para imposição de presença ou não de défice cognitivo. (52)

2.5. Função do Sono

Um período normal de sono envolve o estado NREM (*Non-rapid eye movement*), que se subdivide em quatro fases, sendo responsável por processos restaurativos do sistema nervoso central e o estado REM (*Rapid eye movement*), onde existe consolidação da memória e da aprendizagem. Oito horas de sono envolvem um conjunto de ciclos, NREM e REM, com elevada atividade neuronal.

Nos primeiros minutos de repouso está presente um estado de vigília (estágio zero) onde existe uma elevada atividade cortical. À medida que a melatonina é libertada ocorre uma passagem do estado anterior para uma sensação de sono (onde um pequeno barulho ainda desperta o indivíduo), com redução do tônus muscular e inicia-se o estágio um. O estágio dois dá-se com o relaxamento, ocorrendo uma redução da atividade dos neurônios corticais e consequentemente um menor ritmo circadiano, respiratório e estado de vigília (um sono leve). O sono profundo, estágios três e quatro, últimas fases do sono NREM, normalmente no primeiro terço da noite, caracteriza-se por um máximo de descontração e por movimentos oculares quase inexistentes. (63,64) O sono REM é semelhante ao estágio de vigília, diferindo no relaxamento muscular esquelético, com exceção dos músculos faciais e oculares. (63,64)

Os distúrbios do sono provocam uma alteração no desempenho profissional, familiar e social juntamente com o agravamento de determinadas patologias como, é o caso, de patologias cardiovasculares, alteração de estados psicóticos e esquizofrenia. A definição de sono com qualidade não poder ser transversal pela subjetividade individual. Contudo, pode ser representado por um sono sem dificuldades associadas (como, por exemplo, insónias, distúrbios do movimento e problemas respiratórios noturnos), pelo bem-estar após o descanso e pelo menor cansaço matinal. (65,66)

Para a avaliação desta função mental existe: a) *Pittsburg Sleep Quality Index* (PSQI); b) *Daytime Insomnia Symptom Scale*; c) *Insomnia Symptom Questionnaire*; d) *Pittsburgh Insomnia Rating Scale*. (67) Tal como nas outras funções mentais, é necessário uma análise por equipas multidisciplinares e uma multiplicidade de testes antes da promoção de um diagnóstico.

2.5.1. *Pittsburg Sleep Quality Index*

O questionário PSQI (criado por Daniel J. Buysse, Charles F. Reynolds III, Timothy H. Monk, Susan R. Berman e David J. Kupfer em 1989, com versão portuguesa já validada) permite identificar as principais causas responsáveis pelos distúrbios do sono, sejam elas: a) neurofisiológicas; b) psicológicas; c) comportamentais (como, por exemplo, dores, tosse, problemas respiratórios, hábitos de repouso, horas de deitar e levantar) (Figura 6). (68-70)

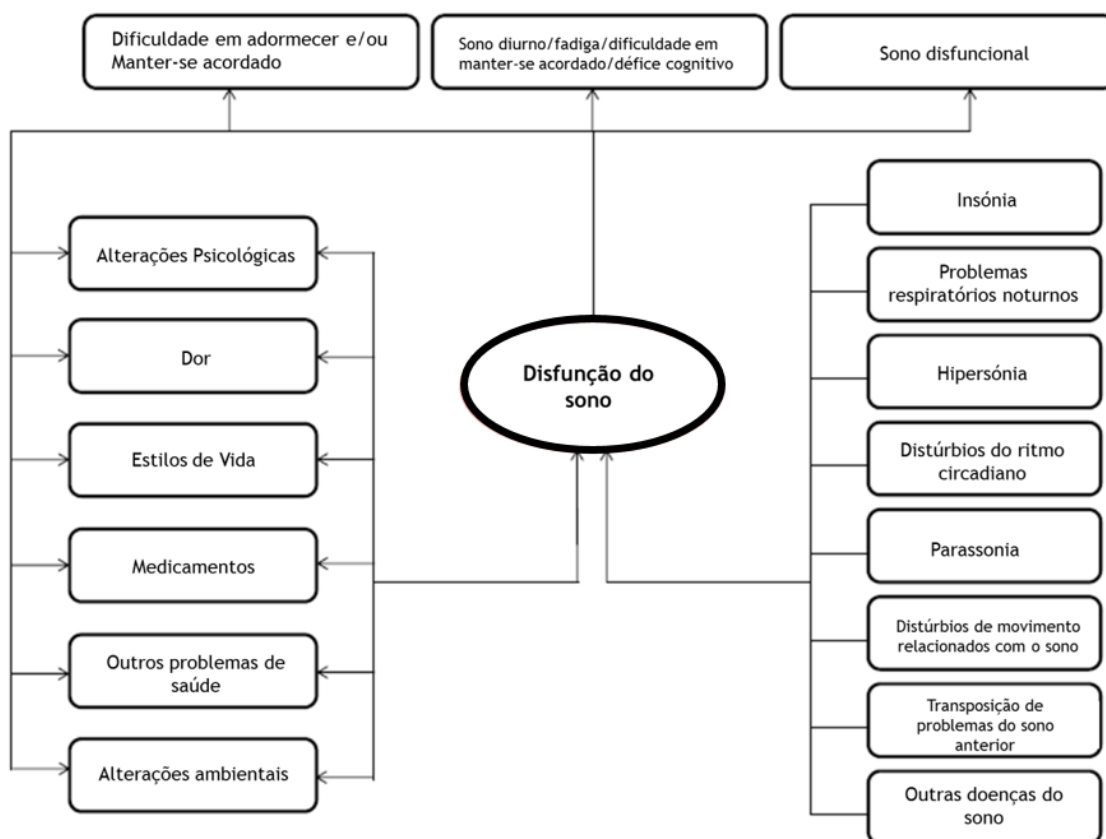


Figura 6 - Possíveis origens de uma disfunção no sono. Fonte: Ollayeva T, Thurairajah P, Burton K, Mollayeva S, Shapiro C, Colantonio A. *Clinical review: The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis*. (68).

Um sono “bom” ou “mau” é classificado consoante as repostas obtidas no PSQI através de sete componentes: 1) qualidade subjetiva do sono; 2) latência do sono; 3) duração do sono; 4) eficiência do sono; 5) distúrbios do sono; 6) uso de medicação; e 7) disfunção diurna.

Portanto, é diferenciada a percepção do que é qualidade de sono com o que realmente está padronizado.

Para interpretação do resultado obtido, após a soma das sete componentes individuais, apenas existe um valor de referência para determinar uma boa ou má qualidade de sono. Se o valor obtido for igual ou inferior a 5 traduz-se num sono com qualidade, por outro lado, valores superiores a 5 demonstram uma má qualidade de sono. A má qualidade implica que o indivíduo terá grandes dificuldades em pelo menos dois dos pontos abordados e dificuldades intermédias e/ou moderadas em três componentes. (68-70)

A favor desta ferramenta encontra-se: a) o uso comum para determinação da qualidade do sono; b) medida confiável, válida e padronizada; c) fácil compreensão; d) deteção precoce de possíveis problemas de saúde; e) comparação entre clínicos e investigadores. (68-70)

Como desvantagens associadas: a) inúmeros campos a preencher, sendo que alguns autores defendem que dois os três itens seriam suficientes; b) valores limite para um sono com ou sem qualidade; c) percepção errada das dificuldades; d) espaço temporal incorretamente interpretado. (71,72)

2.6. Função da Atenção

A atenção pode ser classificada em função da sua origem, isto é, pode ser voluntária (controlada) ou involuntária (automática). A atenção voluntária depende da vontade do indivíduo, onde a sua atenção estará orientada propositadamente para um objetivo graças a uma motivação consciente. A atenção involuntária é resultado de influências externas que ocorrem inesperadamente e promovem a cativação do indivíduo por um estímulo do qual o mesmo não está ciente, como, por exemplo, um ruído. (73-75)

Uma outra classificação da atenção é a forma como a mesma é operacionalizada:

- Atenção dividida: a atenção é dividida em duas tarefas em simultâneo;
- Atenção alternada: o indivíduo foca-se alternadamente em dois objetos diferentes;
- Atenção sustentada: habilidade de o indivíduo se manter focado numa atividade contínua e repetitiva, por um longo período de tempo;
- Atenção seletiva: escolha da focalização da atenção num determinado elemento independentemente do ambiente em redor. (73,74)

Neste sentido, vários são os fatores determinantes no estado da atenção do indivíduo e seu empenho nas diferentes tarefas. As ferramentas existentes para avaliar a atenção são variadas e normalmente avaliam, conjuntamente, a concentração. Dentro deste grupo pode-se incluir: a) *Test des Deux Baterages*; b) Teste de Barragem de Sinais de Toulouse-Piéron; c) Teste de Memória e Atenção; d) *Test de Promptitude Mentale*. (76)

2.6.1. Teste de Toulouse-Piéron

O teste psicométrico de Atenção Concentrada de Toulouse-Piéron ou teste de Barragem de Toulouse-Piéron foi proposto em 1904 por Toulouse e Piéron (versão portuguesa já aprovada).

(77) Tem como objetivo avaliar a atenção voluntária sustentada (capacidade de concentração) e o rendimento de trabalho, ou seja, o poder de realização e a resistência à fadiga (caracteriza-se pela capacidade do sujeito manter a atenção numa tarefa monótona e pouco atrativa).

A utilização desta ferramenta é influenciada: a) pela idade; b) pelo grau de curiosidade; c) pelos interesses; d) pelo meio ambiente; e) pelos problemas de saúde (como, por exemplo, capacidade visual diminuída, acidente vascular cerebral, trombose); f) pelo estado da pessoa (boa disposição ou existência de cansaço prévio); g) entre outras possibilidades. (78)

A prova é caracterizada positivamente: a) pela rápida realização; b) servir como treino; c) permitir avaliar efeitos das emoções nesta função mental. (77)

Já como aspetos negativos: a) teste monótono; b) pouco aliciante; c) sensível aos hábitos de leitura; d) aplicação com relutância; e) dificuldade de compreensão em pessoas com pouca instrução. (77)

O envelhecimento populacional é uma realidade crescente associada a inúmeros problemas para os quais temos de estar preparados. É necessário compreender e conhecer o processo do envelhecimento. Em Portugal, de acordo com dados do INE, cerca de um quarto dos idosos residem na região centro do país. (79)

O aumento do número de pessoas idosas dependentes, em consequência do envelhecimento e das alterações que o ritmo de vida dos familiares nos últimos anos, conduziu a um aumento do número de idosos institucionalizados.

Com o envelhecimento as funções fisiológicas e mentais começam a deteriorar-se, acabando por se instalar o declínio cognitivo. Um estado de demência é atribuído caso exista a afeção de dois ou mais domínios, como, linguagem, memória, orientação, sono, consciência, entre outros. Estima-se que em 2050 esta condição esteja presente em 2,4 a 5,5 milhões de americanos. (80) Entre 29 a 76% dos indivíduos com ou possível demência não são diagnosticados nos cuidados primários de saúde. (72,80,81)

É transversal uma ação preventiva e diagnóstico precoce destas patologias no sentido de implementar atividades com ação mais eficazes nas fases iniciais da doença.

3. Objetivos do estudo

3.1. Objetivos gerais

Descrever as Funções Mentais Globais e Específicas numa população idosa institucionalizada na região da Beira Interior Norte, utilizando como ferramenta a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

3.2. Objetivos específicos

1. Descrever as características sociodemográficas de uma população idosa e institucionalizada na região da Beira Interior Norte;
2. Descrever o perfil de funções mentais globais, onde se inclui:
 - a. Funções da consciência;
 - b. Funções da orientação;
 - c. Funções do sono.
3. Descrever o perfil de funções mentais específicas, em que se aborda:
 - a. Funções da atenção;
 - b. Funções da memória.
4. Descrever a utilização de fármacos para o sono;
5. Propor estratégias de melhoria nas funções mentais globais e específicas.

4. Metodologia da investigação

4.1. Tipo de estudo e amostra

Este estudo é do tipo observacional descritivo (transversal) e foi realizado em IPSS da região da Beira Interior Norte, mas concretamente em lares do concelho de Almeida, Guarda e Sabugal durante o ano de 2016.

Foram selecionadas, por conveniência, nove IPSS e a amostra constituída por todos os seus utentes com mais de 65 anos de idade, que aceitaram participar voluntariamente no estudo após assinarem o consentimento informado por escrito.

4.2. Instrumentos de investigação e métodos

A cada participante do estudo foi aplicado um questionário sociodemográfico e diferentes escalas: a Escala de Glasgow, o *Mini Mental State Examination*, o *Pittsburg Sleep Quality Index* e o teste de Toulouse-Piéron.

1. Questionário sociodemográfico e clínico

Recolha de informação sobre dados demográficos (género, idade, estado civil, grau de escolaridade e regime) e clínicos (lista de medicamentos e morbilidades de cada idoso) (Anexo I).

2. Escala de Glasgow

A Escala de Glasgow determina o início da análise pela resposta ocular, depois verbal e finalmente motora (Anexo II e III). Soma-se os valores individuais e obtém-se a cotação correspondente ao estado de consciência do indivíduo.

Através de um sistema de pontuação, esta ferramenta, avalia o estado de consciência do indivíduo durante e após um traumatismo craniano, assim como determina o estado atual desta função mental sem lesão prévia necessária. O objetivo é determinar, através de uma forma clara e objetiva, o prognóstico associado e a profundidade dos danos presentes em cada utente.

3. MMSE

O MMSE permite avaliar a existência de défice cognitivo consoante os graus de escolaridade e os valores obtidos no total das diferentes etapas (Anexo II e IV).

Pelos critérios individuais, que fazem parte integrante do inquérito, a orientação temporal e espacial, bem como a memória imediata a curto prazo e a de trabalho podem ser igualmente determinadas por este teste. Permite avaliar ao longo do tempo possíveis mudanças cognitivas após a intervenção de estímulos ou regimes terapêuticos novos, sendo um meio efetivo para documentar as respostas do indivíduo.

4. PSQI

O PSQI permite determinar a qualidade do sono individual de forma objetiva pela respostas às sete componentes do teste (Anexo II e V). A ferramenta auxilia no diagnóstico de patologias associadas ao sono (por profissionais de saúde com formação suficiente a este nível) e fornece uma base para determinação da origem dos problemas e possíveis medidas a implementar.

Auxilia ainda na diminuição da crescente polimedicação no idoso, com a capacidade de determinação se o ansiolítico, sedativo ou hipnótico, que atualmente o utente tem no seu plano farmacológico, está a atingir o seu objetivo clínico.

5. Teste de Toulouse-Piéron

O teste de Toulouse-Piéron permite determinar a atenção concentrada através do poder de realização, do poder de concentração e do rendimento (Anexo II e VI). Auxilia na determinação da resistência à fadiga e no fornecimento de estímulo cerebral.

Os resultados obtidos, para serem avaliados de forma quantitativa, o número de faltas (erros e omissões) não pode ultrapassar 10% das respostas corretas e o número de erros não pode ultrapassar os dois quintos de omissões. Se tal ocorrer, deve ser feita uma avaliação qualitativa. Esta baseia-se em vários tópicos:

- Menos de 80 respostas certas, pode ser indicativo de inibição psíquica;
- Mais erros que omissões ou omissões acima dos 20%, pode indicar um indivíduo menos inteligente ou existência de uma alteração funcional; no caso de o indivíduo ser inteligente é indicativo que o mesmo está desconcentrado, devido, por exemplo, a uma base afetiva; mas se o indivíduo demonstra dispersão poderá indicar uma menor nível de inteligência (contudo, uma deficiência implica dispersão, mas nem todos os casos de dispersão indicam deficiência);
- O indivíduo pode ter capacidade de atenção mas não concentração nem permanência de atenção;
- Quem normalmente não respeita as regras pode ser um sujeito que tem dificuldades em se sujeitar às normas. (77,78)

4.3. Análise de dados

O tratamento e análise de dados foram realizados pelo recurso ao *Microsoft Office Excel 2010*[®] e ao software *EpilInfo*[™] versão 7.

Foi realizada uma análise descritiva e bivariada dos dados obtidos. No que diz respeito à análise descritiva esta foi elaborada pelo cálculo de frequências, médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos das variáveis em estudo.

Para o estudo bivariado recorreu-se ao Teste t de Student (t) e a análise de variância (ANOVA) para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias de dois grupos independentes e para a comparação das médias de mais de dois grupos. O teste

do Qui-Quadrado (*Chi-square test*) foi utilizado para verificar a relevância de associações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo (Anexo VII). Sempre que o respetivo valor de prova (p) (erro tipo I) tivesse valores inferiores a 0,05, com intervalo de confiança de 95,00%, a associação encontrada era estatisticamente significativa.

4.4. Ética e confidencialidade

As instituições foram devidamente informadas do tema, do âmbito da investigação e foi obtido o consentimento por escrito por parte dos responsáveis de cada IPSS (Anexo VIII).

Paralelamente, os utentes de cada instituição receberam individualmente uma explicação de forma clara e simplificada sobre o objetivo do estudo e a sua participação era completamente voluntária. Todos os que aceitaram participar assinaram um consentimento informado escrito (Anexo VIII).

Todos os dados de caráter pessoal do utente e da própria instituição foram salvaguardados pela atribuição de um código numérico antes de se iniciar o preenchimento dos questionários o que permitiu a proteção dos dados do idoso.

5. Resultados

Do total de 353 utentes, das nove IPSS, incluídos no estudo 338 participaram. Dos 15 utentes que não cumpriram os critérios de inclusão, 7 estavam ausentes da instituição no momento da recolha de dados (2,0%), 4 tinham idade inferior a 65 anos (1,1%) e 4 recusaram participar (1,1%).

5.1. Caracterização sociodemográfica

Cerca de um terço da população em estudo (33,2%) encontrava-se distribuída pelo Lar de São Salvador do Casteleiro (17,2%), meio rural, e pelo Lar da Santa Casa de Misericórdia de Guarda (16,0%), meio urbano (Figura 7).

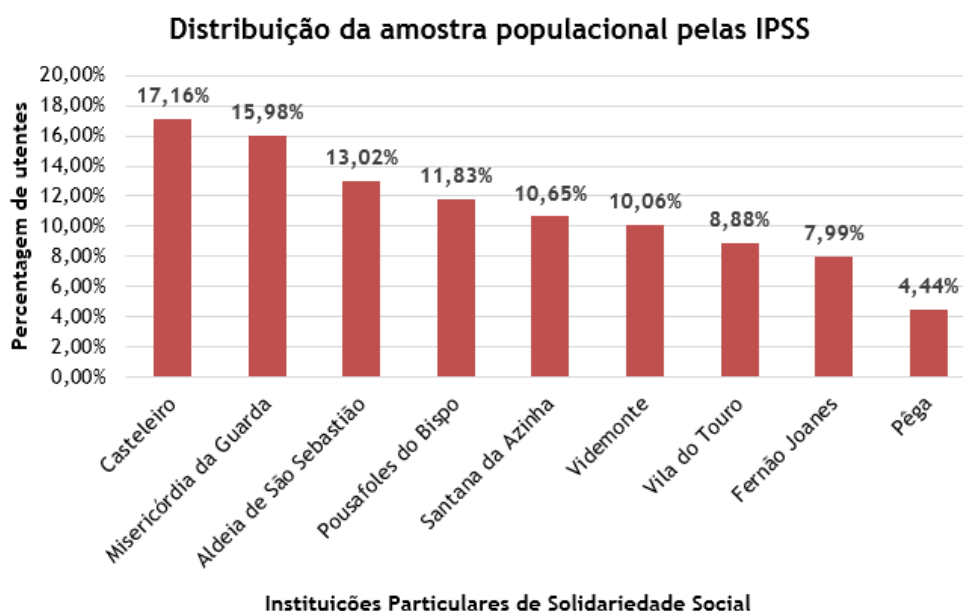


Figura 7 - Frequência da distribuição dos utentes pelas nove IPSS (n=338).

A grande maioria dos utentes encontrava-se em regime de internamento (91,1%) e os restantes estavam em regime de centro de dia (7,4%) e em regime de serviço de apoio domiciliário (1,5%) (n=338).

Dos 338 inqueridos 252 eram do género feminino (74,6%) e 86 do género masculino (25,4%). A idade média da população foi de $85,7 \pm 6,4$ anos, sendo que o idoso mais jovem tem 66 anos e o mais velho tem 101 anos. O “Idoso Jovem” (idade entre os 65 e 74 anos) representou 5,4% da população em estudo, o “Idoso Adulto” (75 e 89 anos) 65,2% e o “Grande Idoso” (idade maior ou igual a 90 anos) 29,4%. (83)

A proporção de indivíduos do género feminino foi mais elevada tanto no grupo “Grande Idoso” (76,5%; n=75) como no grupo “Idoso Adulto” (75,6%; n=164), por outro lado, o género masculino representou 55,6% (n=10) na faixa etária “Idoso Jovem”.

A maioria da população em estudo possui o primeiro ciclo de escolaridade (65,8%) e é viúvo (63,9%).

Das 154 patologias identificadas, as mais comuns são: hipertensão arterial (13,9%), insuficiência cardíaca (4,8%), dislipidemia (4,8%), diabetes *mellitus* tipo 2 (4,6%), acidente vascular cerebral (3,5%), depressão (3,5%), demência (3,4%), osteoartrose (3,2%) doença de Alzheimer (2,2%) e fibrilação arterial (1,7%) (Figura 8).

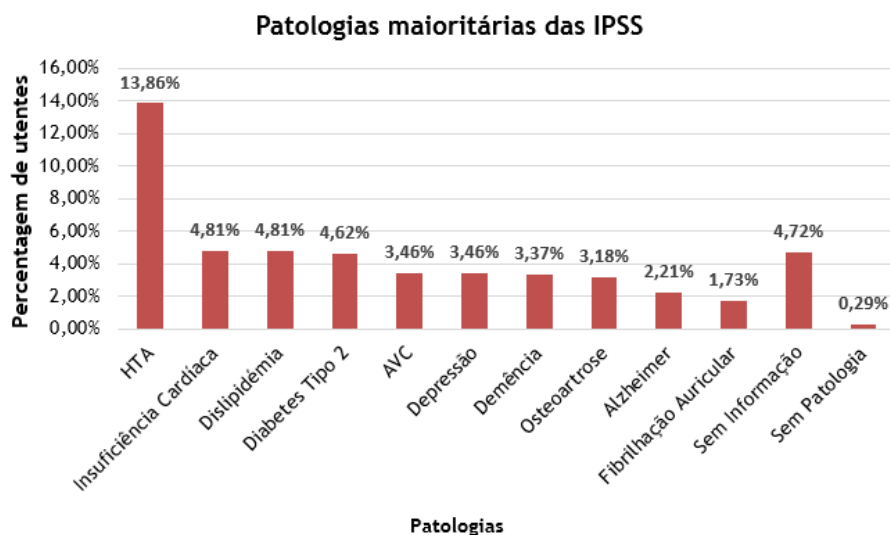


Figura 8 - Patologias mais comuns presentes nas nove IPSS (n=338). Legenda: “sem informação” refere-se à inexistência de registo clínico e “sem patologia” nos casos em que o utente não está identificado com patologias.

5.2. Funções Mentais Específicas e Globais - Análise Descritiva

Consciência

Dos 338 inquiridos verificou-se que mais de metade (53,6%, n=181) encontra-se em estado de vigília e alerta, respondendo a todos os tipos de estímulo. Cerca de um terço (36,1%, n=122) estão num estado de letargia ligeira a moderada, 3,3% (n=11) em estado de letargia profunda e 7,1% (n=24) em estado comatoso (Figura 9).

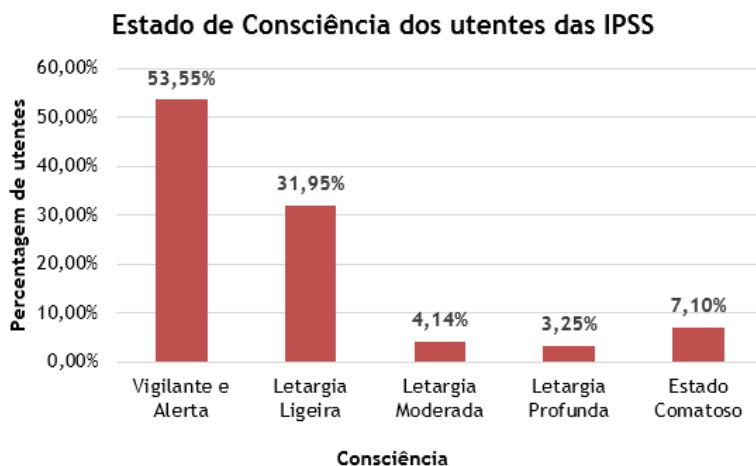


Figura 9 - Distribuição dos utentes das nove IPSS pelo estado de consciência (n=338).

O género feminino é predominante quer no estado vigilante e alerta, com 130 utentes (71,8%), quer no estado comatoso, com 22 utentes (91,7%). No estado de letargia moderada a distribuição dos inquiridos é equitativa.

Dos utentes vigiantes e alerta a maioria pertence à faixa etária “Idoso Adulto” (68,9%, n=124), tal como no estado de letargia ligeira (60,0%, n=63), de letargia moderada (76,9%, n=10) e no estado comatoso (62,5%, n=15). Dos utentes com letargia profunda, 54,6% (n=6) pertence ao grupo “Grande Idoso”.

O estado vigilante e alerta é representado por 69,4% (n=111) dos utentes com o primeiro ciclo de escolaridade e 22,5% (n=36) dos utentes sem escolaridade. No caso da letargia ligeira, 39 utentes (60,0%) têm o primeiro ciclo e 23 utentes (35,4%) não têm escolaridade.

Dos utentes no estado vigilante e alerta, 89 utentes tem défice cognitivo e 68 não tem défice cognitivo, o que se traduz em termos percentuais em 56,7% e 43,3%, respetivamente.

Orientação e Memória

De acordo com os critérios de classificação do MMSE, 67,9% (n=150) da população apresenta défice cognitivo.

Dos 150 inquiridos com défice cognitivo 80,7% (n=121) é do género feminino e dos 71 utentes sem défice cognitivo, 57,8% (n=41) é do mesmo género.

Mais de metade dos utentes com défice cognitivo pertence à faixa etária “Idoso Adulto” (66,7%, n=100) tal como nos inquiridos sem défice cognitivo (70,4%, n=50).

Dos utentes com défice cognitivo, 57,3% tem o primeiro ciclo (n=86) e 37,3% é analfabeto (n=56). A maioria dos utentes sem défice cognitivo tem o primeiro ciclo de escolaridade (83,1%, n=59).

Ao avaliar especificamente as variáveis do MMSE, dos 249 utentes, 61,0% (n=68) está orientada em relação ao espaço e apenas 27,3% (n=152) em relação ao tempo.

Dos utentes com orientação espacial, 73,1% (n=111) é do género feminino, sendo que a mesma tendência é identificada nos utentes com orientação temporal (57,4%, n=39).

A orientação espacial e temporal é superior na faixa etária “Idoso Adulto”, com 67,1% (n=102) e 73,5% (n=50), respetivamente.

Mais de um terço da população está orientada em relação ao espaço (70,0%, n=98), tal como em relação ao tempo (77,2%, n=48), e tem o primeiro ciclo de escolaridade.

Dos utentes sem défice cognitivo, 93,0% (n=66) tem orientação espacial e 76,1% (n=54) tem orientação temporal.

Relativamente à memória de curta duração imediata 23,7% (n=59) tem esta função mental intacta. Dos inqueridos, 226 utentes (91,1%) têm memória a curto prazo de trabalho.

A memória imediata e a de trabalho encontram-se intactas na maioria no género feminino, respetivamente, 64,4% (n=38) e 73,9% (n=167).

Dos utentes inquiridos, a memória imediata é superior no “Idoso Adulto” (71,2%, n=42) e a mesma tendência é refletida na memória de trabalho (68,4%, n=154).

Dos inquiridos, 40 utentes (74,1%) têm memória imediata e o primeiro ciclo de escolaridade, e 137 utentes (66,8%) têm memória de trabalho e o mesmo grau académico.

Dos 71 utentes sem défice cognitivo, 56,3% (n=40) tem memória de curta duração imediata e 98,6% (n=70) tem memória a curto prazo de trabalho.

Sono

O intervalo das horas de deitar varia desde as 18:00 horas até às 24:00 horas, tal como as horas de levantar, oscilam entre as 05:00 horas até às 10:30 horas. No que diz respeito ao tempo para adormecer, 33,2% (n=82) dos inquiridos demora menos de 15 minutos e 36,8% (n=91) dorme entre 6 a 7 horas (n=247).

Segundo o PSQI, 8,9% (n=22) dos utentes inquiridos tem boa qualidade de sono, no entanto 65,2% (n=159) perceciona ter uma qualidade muito boa ou bastante boa de sono.

Dos inquiridos com boa qualidade de sono, 59,1% é do género masculino e dos 225 utentes com má qualidade de sono, 76,4% é do género feminino.

A má qualidade de sono prevalece em todas as faixas etárias, sendo que o grupo “Idoso Adulto” tem mais de metade dos utentes (68,2%, n=152).

Dos utentes classificados com má qualidade de sono é predominante o primeiro ciclo de escolaridade (66,7%, n=134) e o analfabetismo (37,9%, n=56).

Os cinco principais distúrbios noturnos identifica-se o acordar durante a noite ou muito cedo de manhã (65,6%, n=162), acordar para ir à casa de banho (55,6%, n=137), não adormecer em menos de trinta minutos (34,0%, n=84), ter dores (60,6%, n=75) e ter pesadelos (20,0%, n=49).

Como implicações diurnas, 77,5% (n=189) dos utentes tem dificuldade em manter-se acordado e 76,6% (n=187) sente falta de entusiasmo para realização das tarefas diárias.

Dos utentes com má qualidade de sono, 70,2% (n=141) tem défice cognitivo. Por outro lado dos inquiridos com boa qualidade de sono 57,9% (n=11) não têm défice cognitivo.

A maioria dos utentes toma pelo menos um ansiolítico, sedativo ou hipnótico (54,3%, n=134), sendo o lorazepam o principio ativo mais frequentemente (16,6%, n=41).

O consumo da classe farmacológica identificada previamente é superior no género feminino, com 79,1% (n=106) dos utentes.

Mais de metade da população que toma medicamentos para dormir é do grupo “Idoso Adulto” com 89 inquiridos (66,9%).

A adesão aos fármacos identificados é representada por 67,8% (n=80) dos utentes com o primeiro ciclo de escolaridade.

Dos 134 utentes que consomem pelo menos um ansiolítico, sedativo ou hipnótico, 95,5% (n=128) tem má qualidade de sono.

Atenção

Não foi possível uma avaliação quantitativa da atenção a nenhum dos inquiridos.

A avaliação qualitativa demonstra que todos os utentes têm inibição psíquica (n=110).

Como justificação para a não realização do teste, 23,4% dos utentes achou difícil realizar e 31,6% sentia que tinha acuidade visual diminuída.

Uma avaliação, mesmo que qualitativa, foi superior no género feminino com 73 utentes (41,0%).

Aproximadamente metade dos utentes com inibição psíquica (48,5%, n=78) pertence à faixa etária “Idoso Adulto”.

Dentro das respostas qualitativas, 45,1% dos utentes (n=65) tem o primeiro ciclo de escolaridade.

Dos utentes sem défice cognitivo, 66,2% (n=47) respondeu ao teste de forma qualitativa.

A maioria dos utentes que respondeu qualitativamente, 42,0% (n=94) tem má qualidade de sono.

5.3. Funções Mentais Específicas e Globais - Análise Bivariada

Consciência

Relativamente ao estado de consciência, verificou-se que o estado vigilante e alerta, bem como o estado comatoso é superior no género feminino. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($X^2=10,72$; $p=0,030$) (n=338).

Em todos os estados de consciência, o grupo “Idoso Adulto” é a faixa etária predominante. Não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($X^2=46,98$; $p=0,255$) (n=333).

Dos utentes vigilantes e alertas, estão em maior número no primeiro ciclo de escolaridade (69,4%, n=111) e nos sem escolaridade (22,5%, n=36). Um maior grau de consciência tem relação estatisticamente significativa com graus inferiores de escolaridade ($X^2=46,98$; $p=0,001$) (n=228).

Dentro do estado vigilante e alerta bem como de letargia ligeira, são os estados de consciência com valores percentuais mais elevados de utentes com défice cognitivo. Há uma

relação estatisticamente significativa entre um maior grau de consciência e a presença de défice cognitivo ($X^2=74,90$; $p=0,000$) ($n=221$).

Orientação e Memória

Dos utentes com défice cognitivo, 80,7% é do género feminino. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre o elevado défice cognitivo e o género feminino ($X^2=11,79$; $p=0,000$) ($n=221$).

Mais de metade da população com défice cognitivo e sem défice cognitivo pertence à faixa etária “Idoso Adulto”. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($X^2=7,77$; $p=0,021$) ($n=221$).

A relação entre o défice cognitivo e o grau de escolaridade obteve valores estatisticamente significativos ($X^2=32,39$; $p=0,000$) ($n=221$). Dentro da população sem défice cognitivo e com défice cognitivo os valores centram-se no primeiro ciclo de escolaridade e nos utentes analfabetos.

Dos utentes inquiridos, a orientação espacial é superior no género feminino. Não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($X^2=3,44$; $p=0,486$) ($n=221$). Na orientação temporal, o género feminino está em maior percentagem. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre uma maior orientação temporal e o género feminino ($X^2=16,93$; $p=0,005$) ($n=221$).

Uma relação estatisticamente significativa entre a orientação espacial e o grupo etário “Idoso Adulto” não foi encontrada ($X^2=5,15$; $p=0,742$) ($n=247$), mas um resultado positivo foi identificado entre uma maior orientação temporal e a faixa etária “Idoso Adulto” ($X^2=22,68$; $p=0,012$) ($n=247$).

Mais de um terço da população está orientada em relação ao espaço e em relação ao tempo, e tem o primeiro ciclo de escolaridade. Não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a orientação espacial e o grau de escolaridade ($X^2=18,72$; $p=0,540$) ($n=221$), contudo entre o grau de escolaridade e a orientação temporal existe relação estatisticamente significativa ($X^2=45,58$; $p=0,007$) ($n=221$).

Dos utentes inquiridos sem défice cognitivo, os mesmos têm orientação espacial. Existe uma relação estatisticamente significativa entre a menor presença de défice cognitivo e o aumento da orientação espacial ($X^2=40,00$; $p=0,000$) ($n=221$). Igual significância ($X^2=130,80$; $p=0,000$) ($n=221$) foi encontrada na população sem défice cognitivo com presença de uma maior orientação temporal.

A memória imediata e a de trabalho são detetadas em valores percentuais superiores no género feminino. A variável memória imediata e o género apresentam relação estatisticamente significativa ($X^2=3,43$; $p=0,330$) ($n=249$), mas não entre a variável memória de trabalho e género ($X^2=1,36$; $p=0,715$) ($n=248$).

A memória imediata (71,2%, n=42) e a de trabalho (68,4%, n=154) são superiores no grupo etário “Idoso Adulto”. Entre as duas primeiras variáveis existe relação estatisticamente significativa ($X^2=26,17$; $p=0,000$) (n=247) mas não entre as segundas ($X^2=7,78$; $p=0,254$) (n=248).

Dos inquiridos, 74,1% tem memória imediata e o primeiro ciclo de escolaridade (não existe relação estatisticamente significativa ($X^2=24,81$; $p=0,053$) (n=221)) e 66,8% tem memória de trabalho com o mesmo grau académico, não existindo relação estatisticamente significativa ($X^2=12,81$; $p=0,617$) (n=220).

A memória imediata é destacada por 56,3% do grupo populacional sem défice cognitivo. Existe uma relação estatisticamente significativa entre a presença de memória imediata e um menor défice cognitivo ($X^2=79,49$; $p=0,000$) (n=221).

A memória de trabalho é semelhante nos indivíduos com défice cognitivo e sem défice cognitivo. Não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($X^2=5,04$; $p=0,162$) (n=220).

Sono

Uma boa qualidade de sono é superior no género masculino. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre uma melhor qualidade de sono e o género masculino ($X^2=11,17$; $p=0,000$) (n=247).

Dos inquiridos com má qualidade de sono, o grupo “Idoso Adulto” representa 68,2% dos utentes. As duas variáveis têm uma relação estatisticamente significativa ($X^2=13,08$; $p=0,001$) (n=245).

Mais de metade da população que tem má qualidade de sono, tem o primeiro ciclo de escolaridade. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($X^2=23,69$; $p=0,000$) (n=220).

A má qualidade de sono apresenta relação estatisticamente significativa com um défice cognitivo ($X^2=5,03$; $p=0,015$) (n=220). Dentro da má qualidade de sono 70,2% da população tem défice cognitivo, por outro lado, dos que têm boa qualidade de sono 57,9% são indivíduos que não têm défice cognitivo.

Dos utentes que mais consomem fármacos ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos, existe uma relação estatisticamente significativa com o género feminino (79,1%) ($X^2=4,44$; $p=0,018$) (n=247).

Mais de metade da população que consome estes fármacos é do grupo “Idoso Adulto”. Não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($X^2=0,05$; $p=0,973$) (n=245).

O consumo de medicamentos para dormir e o grau de escolaridade não demonstrou uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($X^2=7,10$; $p=0,213$) ($n=220$).

Apesar da intervenção farmacológica, dos indivíduos que consomem medicamentos 95,5% tem má qualidade de sono. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre o aumento do consumo de fármacos e a diminuição da qualidade do sono ($X^2=5,94$; $p=0,007$) ($n=247$).

Atenção

A atenção e o género corresponderam a duas variáveis às quais não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($X^2=5,07$; $p=0,167$) ($n=244$).

Aproximadamente metade dos utentes que participaram no teste, 48,5% pertence ao grupo etário “Idoso Adulto”. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($X^2=16,81$; $p=0,010$) ($n=242$).

A distribuição das respostas qualitativas com o grau de escolaridade, não apresenta uma relação estatisticamente significativa ($X^2=15,44$; $p=0,443$) ($n=218$).

Um menor défice cognitivo permite uma maior capacidade de atenção. A resposta ao teste de Toulouse-Piéron teve uma relação estatisticamente significativa com a existência de défice cognitivo ($X^2=23,03$; $p=0,000$) ($n=218$).

A maioria dos utentes que respondeu qualitativamente tem má qualidade de sono. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre o grau de atenção e a má qualidade de sono ($X^2= 13,38$; $p=0,006$) ($n=244$).

6. Discussão

O aumento da esperança média de vida associado a uma menor qualidade de vida é irrefutável. (84) Ao normal envelhecimento associa-se um défice cognitivo com o aparecimento de múltiplas morbilidades e, por sua vez, um consumo elevado de fármacos. (84,85) Sendo a população geriátrica um elemento demarcado da zona rural e devido a todas as particularidades identificadas, a descrição do perfil das funções mentais globais e específicas tornou-se relevante. (85)

Dos 338 idosos incluídos no estudo, com média de idade de $85,7 \pm 6,4$ anos, 74,6% são do género feminino e 65,2% tem idade entre os 75 e 89 anos (Idoso Adulto). O género feminino é maioritário no grupo populacional “Grande Idoso” (76,5%) e no “Idoso Adulto” (75,6%), contrariamente ao grupo “Idoso Jovem” (55,6%) que é o género masculino. Os dados demonstram a tendência identificada pelas Nações Unidas, tal como noutros estudos populacionais realizados em Portugal. (54) Nestes, é descrito uma população feminina como maioritária, como, por exemplo, no estudo de Catarina Resende, et al. com 57,4% dos inquiridos. (86)

Pela análise estatística efetuada, mais de metade dos indivíduos tem o primeiro ciclo (65,8%) e são viúvos (63,9%). Amostras populacionais deste mesmo grupo etário, como o estudo efetuado por Ana Isabel Pinto de Matos, et al., descreve a população com 66,7% de viúvos e 51,3% com ensino primário, o que vai de encontro aos resultados apresentados. (87)

Como patologias mais frequentes têm-se hipertensão arterial (13,9%), insuficiência cardíaca (4,8%), dislipidémia (4,8%), diabetes *mellitus* tipo 2 (4,6%) e acidente vascular cerebral (3,5%). Num estudo realizado em Centros de Saúde Espanhóis, de entre as morbilidades mais diagnosticados foi mencionada a hipertensão arterial, a dislipidémia e a diabetes *mellitus* (26,7%) indo de encontro os resultados obtidos no presente trabalho. (88)

O estado vigilante e alerta, nos idosos institucionalizados, representa a maioria da amostra (53,6%), contudo 36,1% tem um comprometimento ligeiro a moderado, 3,3% com comprometimento profundo e 7,1% em estado comatoso. Os estudos encontrados na pesquisa bibliográfica não se direcionam ao estado de consciência presente nas IPSS mas sim ao nível dos cuidados intensivos hospitalares. Contudo, já existe um alerta no sentido da aplicação da Escala de Glasgow como uma ferramenta determinante para a transferência do utente de uma IPSS para locais com cuidados especializados em comprometimento acentuados. (89)

Um estudo de Paulo G. Bastos, et al. nas unidades de cuidados continuados identifica a maioria da amostra como vigilante e alerta (68% dos utentes ativos), um comprometimento intermédio de 18,5% e um estado comatoso 7,36% (utentes ativos). (90) Outro estudo por Kehoe A, et al. apresentam percentagens semelhantes, 74,8% para valores entre 13-15 da Escala de Glasgow, 15,5% para um total entre 9-12 e 9,8% entre 3-8 valores. (91) Será de referenciar, um estudo por Peter D. Ritchie, et al., no qual se identifica a relação crescente da probabilidade de mortalidade com o valor decrescente da pontuação da Escala de Glasgow

(valor de significância $p < 0,001$). (92) Tendo os utentes valores baixos na escala, e pelo artigo referenciado, os utentes das IPSS revelam-se um alvo populacional de risco. (90-92)

Relativamente à prevalência do grau de consciência e as possíveis diferenças existentes entre géneros, foi identificado uma relação estatisticamente significativa. Dentro do grupo vigilante e alerta, 71,8% é do género feminino, sendo que a tendência de género é também identificada no estado comatoso (91,7%). Estudos demonstram uma divergência de valores, entre os dois géneros mais relevante antes dos 65 anos de idade, em que o género masculino tem valores de Escala de Glasgow mais baixos que o género feminino. (94,95) Estes dados são opostos aos encontrados, contudo a relação obtida no estudo poderá resultar da prevalência de mulheres existentes nas IPSS.

Uma relação não estatisticamente significativa foi encontrada entre o estado de consciência e o grupo etário. Os utentes classificados no grupo vigilante e alerta e estado comatoso, representam, respetivamente, 68,9% e 62,5% da faixa etária classificada como “Idoso Adulto”. O “Grande Idoso” revela-se maioritário no estado de letargia profunda com 54,6% dos inquiridos. Em alguns estudos encontrados é referida uma relação linear entre o aumento da idade com a perda da consciência com consequente aumento da mortalidade. (93,96) Contudo, uma relação não linear com a progressão dos anos, por Mark Susman, et al., demonstra que valores da Escala de Glasgow mais baixos não indicam obrigatoriamente uma pior progressão clínica. (97) Esta referência bibliográfica apoia os dados obtidos e demonstra que a idade pode influenciar a progressão do estado de consciência, mas também o estado fisiológico individual. (97) Ressalva-se o maior valor percentual de utentes na faixa etária “Idoso Adulto” pode influenciar a relação obtida.

Uma relação significativa foi encontrada entre o estado de consciência e o grau de escolaridade. Dentro do grupo vigilante e alerta, 69,4% tem o primeiro ciclo e 22,5% não tem escolaridade. No estado comatoso, 60,0% e 35,4% dos utentes tem o primeiro ciclo e não tem escolaridade, respetivamente. Pela pesquisa bibliográfica efetuada, não foram encontrados artigos que relacionassem estas duas variáveis. Contudo, antes da atribuição de uma relação direta, entre um maior grau de consciência e um menor grau de escolaridade, será de referenciar o facto da maioria dos utentes das IPSS possuírem o primeiro ciclo ou não terem qualquer grau de escolaridade, desta forma, o ponto abordado necessitará de maior exploração futura.

Uma relação estatisticamente significativa entre um maior grau de consciência e a existência de défice cognitivo foi confirmada. Contrariamente ao esperado inicialmente, dentro dos utentes das IPSS classificados como vigilantes e alertas ou com letargia ligeira, 56,7% e 95,2%, apresentam défice cognitivo, respetivamente. Estudos demonstram que nos casos de uma letargia ligeira depois de uma lesão traumática cerebral, após três meses da mesma, não existe qualquer tipo de comprometimento, mas que por outro lado, lesões mais graves tendem a ter uma pior progressão relativamente ao défice cognitivo. (98,99) Contudo, as revisões bibliográficas apresentadas não incluem o MMSE como ferramenta. As escalas

utilizadas avaliam de forma global o défice, a memória, a linguagem e a execução de comandos, que são variáveis integrantes do MMSE. (98,99) Pela análise às revisões, verifica-se que os resultados obtidos não vão de encontro aos documentados. A justificação pode dever-se ao fato de não se direcionarem unicamente à população idosa e de avaliarem unicamente casos após uma lesão craniana inicial. Adicionalmente, os resultados obtidos podem advir do normal deterioramento fisiológico do utente ou devido ao consumo de substâncias abusivas que condicionam o estado de défice cognitivo. (100)

Desta forma, pelos valores da Escala de Glasgow e pela pesquisa bibliográfica, é conclusivo que valores menores transmitem um pior grau de consciência juntamente com uma menor qualidade de vida do utente. (92,93,97,98) Para tal, intervenções imediatas nos mais variados níveis, em estados comatosos ou de comprometimento ligeiro, seja por transferência para unidades especializadas bem como pela aplicação de estímulos preventivos, permitem associar uma melhor recuperação do estado de consciência. (92,93,97,98)

Uma outra ferramenta aplicada, o MMSE, permitiu avaliar a existência de défice cognitivo, o estado de orientação espacial e temporal, bem como a memória a curto prazo imediata e de trabalho. (101)

O défice cognitivo é identificado em 67,9% da amostra populacional. Estudos encontrados no Brasil, em IPSS, demonstram uma percentagem semelhante de défice (64,6%), com uma relação direta do seu agravamento e o maior tempo de institucionalização. (102) Por outro lado, em populações alvo semelhantes, mas em estudos mais recentes, apresentam valores inferiores de défice cognitivo, 39,8% por Vivian Carla de Castro et al. e 21,2% por Cláudia Rodrigues Monteiro Macuco, et al. (103,104) Os valores percentuais de défice obtidos podem ser justificados pela elevada percentagem de utentes que se encontra nas IPSS por muitos anos e pela maioria populacional encontrar-se em regime de internamento, o que impede a exposição a diferentes tipos de estímulos, comprometendo o estado cognitivo, tal como descrito por Andrew Kingston, et al.. (103-105)

Dos indivíduos com défice cognitivo, encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre o seu aumento e o género feminino (80,7%). Apesar dos dados obtidos, há que ressaltar que a amostra é representada maioritariamente por mulheres. Em trabalhos de investigação encontrados, com percentagem de inquiridos equivalente entre os dois géneros, o género feminino continua a apresentar valores de MMSE mais baixos (59,4% por Vivian Carla de Castro et al). (103,104) Todavia, em alguns estudos, é identificada a inexistência de uma tão demarcada diferença entre géneros na faixa etária “Idoso Jovem”, mas sim em idades superiores. (103,106)

O grupo etário com mais défice cognitivo (66,7%) e menos défice (70,4%) é o “Idoso Adulto”. Estes dados representaram uma relação significativa, tal como descrito por Vivian Carla de Castro et al., apesar do intervalo de idades ser ligeiramente diferente (47,9% dos inquiridos tinha défice cognitivo com idade entre os 70 e os 79 anos). (103,106) Os valores apoiam o

pressuposto inicialmente, de que um envelhecimento associa-se um aumento do défice. Esta conclusão necessita de mais estudos, pois o maior grupo de utentes inquiridos enquadra-se neste intervalo etário.

O grau de escolaridade é uma das condicionantes necessárias para a determinação dos valores padrão para existência de défice cognitivo, impedindo um viés a este nível. Uma relação entre o menor grau de escolaridade com inexistência de défice cognitivo revelou-se estatisticamente significativa. Assim, dentro dos indivíduos sem défice cognitivo, determina-se que 83,1% tem o primeiro ciclo e que o mesmo grau de escolaridade corresponde a 57,3% dos indivíduos com comprometimento. Estudos efetuados por análise ao número de anos de escolaridade e o declínio associado, em idades mais avançadas, indicam que uma maior escolaridade permite um menor défice cognitivo ou um atraso no seu aparecimento. (53,106,107) Pela análise às questões do MMSE, um maior grau de escolaridade permite valores superiores, contudo não é obrigatório uma relação linear para um menor défice cognitivo. (53) Nos utentes inquiridos, o número de utentes com o primeiro ciclo e sem escolaridade é elevado, e os resultados obtidos nesta amostra podem dever-se à maior frequência de pessoas com estes graus académicos. Neste sentido, e pela possível deterioração fisiológica individual, outros estudos devem ser efetuados, já que artigos contradizem a relação obtida pela irrelevância do grau de escolaridade na atribuição de défice cognitivo. (53,103)

O perfil da orientação temporal e espacial era um dos objetivos propostos e de compreensão pelo MMSE. Unicamente 27,3% dos idosos institucionalizados nas IPSS tem orientação temporal enquanto 61,0% tem orientação espacial. Suzanne Penna, et al. determina que a orientação temporal não tem relação estatisticamente significativa com o MMSE, mas por oposição a orientação espacial pode relacionar-se corretamente. (108) As discrepâncias de valores percentuais obtidos, também encontradas em outros estudos, são justificadas pelo facto de a orientação temporal ser a primeira dos dois tipos de orientação a ser afetada pelo défice cognitivo e pelo fato dos utentes nas IPSS perderem facilmente a perceção do tempo, em consequência dos seus dias rotineiros. (103,109)

O género feminino é maioritário na orientação espacial (73,1%) e na orientação temporal (57,4%), contudo só entre as duas primeiras variáveis foi encontrada uma relação estatisticamente significativa. O “Idoso Adulto” é maioritário na orientação espacial (67,1%) e na orientação temporal (73,5%) (últimas variáveis com relação estatisticamente significativa). O primeiro ciclo de escolaridade tem relação estatisticamente significativa com a orientação temporal (77,2%) mas não com a orientação espacial (70,0%). Para todas as variáveis identificadas previamente, não foram encontradas bibliografias científicas que as relacionassem, neste sentido mais estudos devem ser efetuados antes de determinar uma causa verdadeira.

Sendo a orientação parte integrante do MMSE a relação entre as duas variáveis (orientação e défice cognitivo) é importante a análise. Encontrou-se uma relação estatisticamente

significativa, o que levou à conclusão de que dentro dos indivíduos classificados com inexistência de déficit cognitivo, 76,1% tem orientação temporal e 93,0% tem orientação espacial. Contudo, esta relação deve ser cuidadosamente analisada, pois um dos estudos encontrados identifica esta relação como pouco significativa. (103)

Uma última função mental avaliada pelo MMSE é a memória de curta duração imediata e a de trabalho. A memória imediata, é determinada pela evocação de três termos (“pera”, “gato” e “bola”), podendo dizer-se que apenas 23,7% tem memória imediata intacta. A memória de trabalho revelou-se com valores mais positivos de 80,7% dos utentes. A conclusão relativamente ao estado da memória pode ser efetuada, pois num estudo por Javier Olazarán, et al., em que utiliza um MMSE adaptado, refere que a determinação de alterações na memória é válida pelo recurso a esta ferramenta (MMSE adaptado) e ao MMSE, assim como pela capacidade de relação direta com o déficit cognitivo do indivíduo. (110)

Mais uma vez o género feminino é maioritário nos indivíduos com memória imediata (64,4%) e memória de trabalho (73,9%) (sendo que apenas as duas primeiras variáveis demonstraram relação estatisticamente significativa). O “Idoso Adulto” representa 71,3% dos utentes que têm memória imediata (existe relação estatisticamente significativa) e 68,4% dos utentes que têm memória de trabalho (sem relação estatisticamente significativa). Nenhuma relação significativa foi encontrada entre o grau de escolaridade e a memória (primeiro ciclo representa 74,1% dos indivíduos com memória imediata e 66,8% com memória de trabalho). Para todas as variáveis identificadas previamente, não foram encontradas bibliografias científicas que as relacionassem, pelos que mais estudos devem ser efetuados neste sentido.

No estudo de Suzanne Penna, et al. e de Johann Lehrner, et al., as variáveis memória e déficit cognitivo são relacionáveis, apoiando o estudo referido anteriormente (Javier Olazarán, et al.). (108,110,111) Contudo, pelos resultados deste estudo, uma relação estatisticamente significativa apenas é relevante entre o déficit cognitivo e a memória a curto prazo imediata. Dos indivíduos sem déficit cognitivo 56,3% tem memória imediata. Por outro lado, sem relação estatisticamente significativa, sabe-se que 98,6% da população tem memória de trabalho e déficit cognitivo. Valores comparativos entre as duas variáveis não foram encontrados em documentos científicos. Pelos resultados obtidos, pode dizer-se que a memória imediata é um bom preditor do estado cognitivo, mas que por outro lado, a memória de trabalho poderá ser irrelevante. Neste sentido é necessário uma aprofundação entre a relação da memória e o déficit cognitivo.

Após a recolha dos dados, pode-se afirmar que o MMSE é uma ferramenta de rastreio para a existência de déficit cognitivo e para análise da evolução do estado atual de um utente. Serve com fonte de estimulação (pelas tarefas necessárias) e para rastreio de funções mentais facilmente afetadas pela institucionalização, não esquecendo das possíveis afeções fisiológicas individuais. (53,103,106, 110)

Outra função mental, o sono, é essencial e o seu comprometimento leva a um menor rendimento, à alteração de estados psicológicos e fisiológicos. (112) O normal envelhecimento acarreta mudanças, contudo, se individuais, não afetam a quantidade e qualidade do sono, o que não se verifica na existência de fatores concomitantes. (112)

Pela análise dos resultados da amostra populacional, identifica-se que 33,2% dos utentes das IPSS demoram menos de 15 minutos a adormecer e que 36,8% tem um sono entre 6 a 7 horas. Pelas percentagens registadas, verifica-se que as respostas obtidas eram heterogêneas a este nível. Apesar disso, o intervalo de tempo que os utentes permanecem a dormir enquadra-se nas 7,1 horas que a população idosa americana (com idades entre os 65 e os 84 anos) relatou em 2003 pela *National Sleep Foundation Sleep*. (112,113) Uma tendência semelhante é identificada num mesmo alvo populacional, em que o intervalo permanência de sono fica entre as 5 e as 7 horas diárias. (113)

Numa análise retrospectiva do último mês aquando do inquérito, dentro das diferentes causas responsáveis pela falta de um sono com qualidade, as que obtiveram uma maior frequência de ocorrência (três ou mais vezes por semana) tem-se o despertar noturno ou diurno precoce (65,6%) e a necessidade de ir à casa de banho durante a noite (55,6%). Uma das alíneas do PSQI encontrava-se em branco para que o utente referisse alguma causa adicional para a interrupção do seu descanso. Nesta obteve-se como respostas: a) acordar a meio da noite devido ao companheiro de quarto; b) acordar para comer; c) acordar pelo companheiro de quarto rressonar. Num estudo à população no Brasil, as duas maiores causas de uma má qualidade de sono são em 50,0% dos utentes o despertar a meio da noite ou acorar cedo e em 63,2% dos inquiridos para ir à casa de banho (apoiando os dados obtidos). (114)

Segundo o PSQI, apenas 8,9% apresenta uma boa qualidade de sono, pois, como identificado por Jane Fyfield, et al. quando se acumula mais do que um fator de alteração interveniente na perturbação do sono o mesmo é afetado. Contudo este valor percentual encontra-se abaixo do estudo por Claudia Lysia de Oliveira et al., que indica um valor de 63,2% com boa qualidade de sono, entre outros estudos com valores igualmente superiores. (112-114) Apesar dos resultados da ferramenta, mais de metade dos utentes (65,6%) entende ter boa qualidade de sono. Uma tendência similar, com 81,6% dos utentes do estudo de Claudia Lysia de Oliveira et al. entende ter uma boa qualidade de sono. (114) Assim, pelos resultados obtidos, tal como pelos estudos referenciados, demonstram valores de percepção de qualidade muito superiores aos determinados, já que o PSQI possui sete componentes individuais, dos quais o individuo apenas possui como comparação a sua percepção da qualidade de sono. (114)

Como já referido, uma perturbação do sono irá afetar não só o descanso noturno como todas as tarefas realizadas no período diurno. Os dados encontrados revelam essa mesma conclusão, já que 77,4% tem dificuldades em manter-se acordado pelo menos uma vez por semana e 76,6% sente falta de entusiasmo na realização das suas tarefas diárias. Nesta fase, os valores encontrados são contrários a um estudo populacional semelhante, pois 94,7% refere não ter problemas em manter-se acordado durante o dia e apenas 34,2% sente falta de entusiasmo.

(114) Os valores superiores de desconforto diurno são justificados pela monotonia vivida nas IPSS e pelas queixas vivenciadas de falta de entusiasmo, bem como de estados depressivos ou de apatia para com os companheiros de quarto e outros colegas da instituição.

As afeções da qualidade do sono podem culminar num aumento de estados psicóticos, de patologias base ou desenvolvimento de novas condicionantes. (65,66) Para auxílio, o recurso a medicamentos é utilizado para aumento da qualidade e quantidade do sono. (112) Existem três possíveis classes farmacológicas de recurso: os hipnóticos (benzodiazepinas e não benzodiazepinas), antidepressivos em baixas dosagens e a melatonina (como suplemento). (111) Contudo, neste estudo, inclui-se unicamente os princípios ativos classificados como “2.9.1 - Sedativo, Ansiolítico ou Hipnótico”. (112) Esta opção é justificada pelo fato de não existir registo de nenhum inquirido a consumir melatonina (pois a sua prescrição envolve uma elevada despesa económica para os utentes) e pela linha ténue existente entre qual a dosagem do antidepressivo necessário para o descanso noturno e a sua ação para resolução de uma depressão, sendo responsabilidade do médico o diagnóstico mais adequado. Com este raciocínio, dos utentes inquiridos, mais de metade (54,3%) consome três ou mais vezes por semana um medicamento da classe farmacológica considerada. O valor percentual é superior comparativamente a Claudia Lysia de Oliveira et al., com apenas 13,2% dos utentes. (114) Esta adesão elevada é justificada pelas constantes queixas de uma má qualidade de sono, pelos sintomas depressivos dominantes, pelo abandono sentido por parte dos familiares e pela taxa de viúvos elevada. (112,114) Dentro dos diferentes princípios ativos e combinações possíveis, o lorazepam é o mais frequente, como única substância, com percentagem de 16,6% dos inquiridos.

Dos indivíduos com boa qualidade de sono, encontra-se maioritariamente o género masculino com 59,1%. Noutros estudos com a mesma população, mas em regiões diferentes, indicam que o sexo feminino é mais afetado, o que apoia dos dados obtidos ($p < 0,05$). (37) Esta tendência é contrariada por outro estudo que refere o género masculino como tendo pior qualidade de sono ($1,3 \pm 0,7$ pontos, mediana 1,0) comparando com o género feminino ($0,8 \pm 0,9$ pontos, mediana 1,0). (113) Ressalva-se que os dados podem estar a ser influenciados pela baixa percentagem de utentes com boa qualidade de sono.

Com o envelhecimento, existe a associação de uma menor qualidade do sono seja pelo menor número de horas, pelo aumento das afeções fisiológicas e psicológicas ou pelo elevado consumo de fármacos. (114) Uma relação estatisticamente significativa foi encontrada entre uma boa qualidade de sono e o grupo etário “Idoso Adulto”. Nos utentes classificados com boa qualidade de sono pelo PSQI, 54,6% é da faixa etária apresentada anteriormente, tal como nos indivíduos com má qualidade de sono (68,2%). Estes dados, mais uma vez, podem ser influenciados pela maior percentagem de idosos neste grupo etário, apesar de estarem de acordo com Claudia Lysia de Oliveira et al. que indica valores de PSQI mais elevados entre os 70 e os 79 anos. (114) Outro estudo efetuado por Hatice Tel, apoia os dados obtidos, no qual

é identificado uma relação estatisticamente significativa entre o aumento da pontuação de PSQI com o aumento da idade e inversamente com a qualidade de sono. (37)

O primeiro ciclo de escolaridade representou 66,7% dos inquiridos com má qualidade de sono e 37,9% dos sem escolaridade. Neste estudo foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre uma pior qualidade de sono e um menor grau de escolaridade. Contudo, nas fontes bibliográficas encontradas, esta relação é identificada como irrelevante. (114)

Uma relação estatisticamente significativa é encontrada entre uma boa qualidade de sono e um menor défice cognitivo. Dentro do grupo classificado com boa qualidade de sono, mais de metade da população não tem défice cognitivo (57,9%), contudo uma má qualidade implica que 70,2% dos utentes seja identificada com défice cognitivo. Um estudo realizado por Motassem S. Amer, et al., revela que apenas 29% dos indivíduos sem défice cognitivo apresenta má qualidade (71% sem défice cognitivo e boa qualidade de sono) e que 52% apresenta défice cognitivo e má qualidade de sono. (115,116) O primeiro valor percentual difere ligeiramente, contudo o estudo chega às mesmas conclusões propostas noutras fontes bibliográficas, uma má qualidade associa-se a uma maior prevalência de défice cognitivo. (112,115,116)

Sendo o género feminino representado com menor qualidade de sono, é o mesmo género responsável pelo maior consumo de sedativos, ansiolíticos ou hipnóticos (79,1%). Seria de pensar que o consumo destes medicamentos conduzisse a resultados positivos na qualidade do sono. Dos utentes das IPSS que tem no seu plano farmacológico este tipo de princípios ativos, 95,5% tem má qualidade de sono pelo PSQI. Os resultados obtidos são justificados pelo uso prolongado de medicamentos para dormir e a consequente habituação, o que condiciona a qualidade associada inicialmente. (117)

Devido à grande diversidade de causas existentes para perturbações do sono é difícil realizar uma medida generalizada, contudo atitudes individuais devem ser ponderadas apesar da difícil implementação. (112) O PSQI aborda diferentes origens dos problemas, identificando as primeiras medidas a implementar e que através de uma ação individual, seja a nível farmacológico como não farmacológicos, originar-se-ia uma melhor qualidade de sono. (112) O consumo de fármacos deve ser pelo menor período de tempo possível, apenas para alívio imediato, enquanto se inicia conjuntamente medidas de alteração do ritmo circadiano (como, por exemplo, higienização do sono e terapia com luzes). (112,116) Uma má qualidade de sono está diretamente relacionada com a perda de qualidade de vida o que será de evitar em utentes já com capacidades limitadas. (37)

A atenção (capacidade de concentração, poder de realização e resistência à fadiga) é a função mental mais comprometida na população. Pelo recurso ao teste de Toulouse-Piéron é identificado que toda a população tem inibição psíquica. Esta afirmação é efetuada pois nenhum dos inquiridos foi capaz de atingir os dois critérios mínimos para uma avaliação quantitativa: número de faltas não pode ultrapassar 10% das respostas certas e o número de

erros não pode ultrapassar os dois quintos de omissões, apenas 9,8% conseguia atingir o último ponto referido. Neste sentido uma avaliação qualitativa passa a ser a única forma de interpretação aplicável e dentro das possíveis interpretações inclui-se: a) a inibição psíquica; b) alteração funcional; c) capacidade de atenção mas não de concentração nem permanência de atenção. (78)

Embora dispostos a responder muitos desistiram pela dificuldade do teste (23,4%) ou por problemas de visão que impediam a realização do mesmo (31,6%).

Uma relação não significativa foi encontrada entre a atenção e o género, sendo que 41,0% era do género feminino e respondeu qualitativamente ao teste.

Relativamente ao défice cognitivo seria de esperar que indivíduos com inexistência desta condição respondem-se ao teste, pelo que 66,2% o fez, apesar de ser classificado unicamente como qualitativo.

O “Idoso Adulto” é a faixa etária maioritária com 48,5% de participação no teste de Toulouse-Piéron. As variáveis demonstraram uma relação estatisticamente significativa. Contrariamente às variáveis do grau de escolaridade e a atenção, onde o primeiro ciclo foi maioritário (5,1%) na participação no teste. Estes dados podem ser influenciados pela percentagem populacional elevada na faixa etária e no grau de escolaridade referido, pelo que se deverá proceder a mais estudos neste nível.

O sono com qualidade irá influenciar o rendimento diário e consequentemente a atenção. Uma resposta qualitativa, em 42,0%, pertence aos utentes com má qualidade de sono. Estes resultados são opostos aos esperados, contudo, pode ser justificado pela percentagem elevada de utentes que tinham má qualidade de sono e consequentemente mais estudos deveram ser efetuados.

Aquando da pesquisa, revelou-se a inexistência de qualquer tipo de estudo com esta ferramenta numa população idosa, pelo que o estudo efetuado será inovador neste sentido. Ressalva-se a necessidade de mais investigação aprofundada neste âmbito antes de qualquer conclusão definitiva. O não uso da ferramenta será justificado pela falta de adesão por parte dos utentes ao método utilizado e não pela dificuldade verdadeira acarretada. (78)

Pode-se afirmar que a população está com inibição psíquica o que reforça mais uma vez todos os resultados apresentados ao longo da discussão. (78) Será necessário questionar a adequação desta ferramenta numa população idosa, uma vez que foi demonstrado um desinteresse geral, comparativamente às outras ferramentas, pelos requisitos impostos.

Em síntese, os principais resultados que caracterizam a população:

- Maioritariamente do género feminino (74,6%);
- Com idade média de 85,7 anos (variando entre os 66 e os 101 anos);
- A maioria frequentou o primeiro ciclo (65,8%) e era viúvo (63,9%);

- As três patologias mais comuns são a hipertensão arterial (13,9%), insuficiência cardíaca (4,8%) e diabetes *mellitus* tipo 2 (4,8%);
- 53,6% da população está vigilante e alerta mas 7,1% encontra-se em estado comatoso;
- 67,9% dos utentes das IPSS apresente défice cognitivo;
- Apenas 27,3% está completamente orientado em relação ao tempo e 61,0% está orientado em relação ao espaço;
- 23,7% tem memória imediata e 91,1% para a memória de trabalho;
- As queixas noturnas envolvem o acordar precoce diurno ou noturno (65,6%) e para ir à casa de banho (55,6%);
- Unicamente 8,9% da população tem boa qualidade de sono;
- 77,4% tem dificuldades em manter-se acordado durante o dia e 76,% sente falta de entusiasmo para realizar as tarefas diárias;
- 54,3% consome pelo menos um fármaco ansiolítico, sedativo ou hipnótico, sendo o lorazepam o mais frequente (16,6%);
- Todos os utentes podem ser classificados com inibição psíquica;
- Foram encontradas relações estatisticamente significativas entre:
 - O maior e menor grau de consciência com o género feminino;
 - Maior grau de consciência com um menor grau de escolaridade;
 - Maior grau de consciência com um maior défice cognitivo;
 - Maior défice cognitivo com o género feminino;
 - Maior défice cognitivo com a faixa etária “Idoso Adulto”;
 - Maior e menor défice cognitivo com um menor grau de escolaridade;
 - Maior orientação temporal com o género feminino;
 - Maior orientação temporal com a faixa etária “Idoso Adulto”;
 - Maior orientação temporal com um menor grau de escolaridade;
 - Maior orientação temporal com um menor défice cognitivo;
 - Maior orientação espacial com um menor défice cognitivo;
 - Maior memória imediata com o género feminino;
 - Maior memória imediata com a faixa etária “Idoso Adulto”;
 - Maior memória imediata com um menor défice cognitivo;
 - Maior qualidade do sono com o género masculino;
 - Menor qualidade do sono com a faixa etária “Idoso Adulto”;
 - Menor qualidade do sono com um menor grau de escolaridade;
 - Menor qualidade de sono com um maior défice cognitivo;
 - Maior consumo de medicamentos com o género feminino;
 - Maior consumo de medicamentos com a menor qualidade de sono;
 - Maior atenção com a faixa etária “Idoso Adulto”;
 - Maior atenção com um menor défice cognitivo;
 - Maior atenção com uma menor qualidade do sono.

7. Limitações

Todos os estudos têm limitações e um dos primeiros obstáculos é o facto de apesar de os participantes terem sido escolhidos de forma aleatória a amostra não representar a totalidade de idosos uma vez que apenas foram considerados idosos institucionalizados dos concelhos de Almeida, da Guarda e do Sabugal.

Outro fator a ressaltar será a forma de realização do questionário. O mesmo foi efetuado verbalmente a cada idoso o que não garante a completa veracidade das respostas obtidas, podendo existir um enviesamento dos dados por influência da sinceridade do idoso e do seu estado cognitivo.

Aquando da consulta dos processos clínicos dos utentes, para recolha de informações associadas à descrição sociodemográfica ou para recolha de patologias e fármacos utilizados, está associado um enviesamento. Este devido aos documentos presentes não estarem devidamente atualizados ou completos.

Das ferramentas utilizadas destaca-se como limitações:

- Escala de Glasgow: os dados obtidos foram comparados com investigação científica associada a lesões traumáticas cerebrais e em ambiente hospitalar;
- MMSE: eliminação de uma questão sobre orientação espacial (“Em que andar está?”) pois todos os lares encontravam-se no rés-do-chão, devendo ser necessário um ajuste do questionário a esse nível;
- PSQI: as questões que envolvem intervalos temporais são largamente condicionadas pela capacidade de perceção individual de cada utente do tempo; historial clínico incompleto relativamente ao tipo de fármacos utilizados;
- Teste de Atenção de Toulouse-Piéron: inadequação do tamanho padronizado do teste o que condiciona imediatamente a possibilidade de resposta pela capacidade visual maioritariamente diminuta nos utentes; necessidade de revisão na forma de avaliação da atenção nos idosos seja em critérios como no tipo de teste aplicado; artigos inexistentes para comparação.

8. Conclusão

O presente estudo descritivo teve como principal objetivo contribuir para uma melhor compreensão das funções mentais dos idosos institucionalizados na região da Beira Interior Norte. Para tal, com o intuito de ampliar o conhecimento a este fim, foram recolhidos e avaliados dados referentes a características sociodemográficas e sobre a consciência, défice cognitivo, orientação, memória, sono e atenção.

O estudo sugere uma prevalência de idosos num estado vigilante e alerta (53,6%) capaz de realizar as suas tarefas diárias, apesar de uns preocupantes 7,1% estarem em IPSS num estado comatoso. Sendo que o género feminino, o grau de escolaridade e o défice cognitivo estão diretamente relacionados.

O défice cognitivo é algo alarmante nos idosos em Portugal, já que segundo os dados obtidos, 67,9% já se encontra neste patamar, comparando a valores percentuais de outras populações inferiores. Dentro deste teste, mais duas funções são avaliadas, em que apesar de 61,0% da população ter uma completa orientação espacial, apenas 27,3% tem orientação temporal. A memória imediata demonstrou maiores níveis de dispersão de resultados, sendo que unicamente 23,7% lembrou os três termos, enquanto para a memória de trabalho os resultados foram mais concisos, onde 91,1% realizou os três comandos pedidos.

Apesar da adesão a fármacos ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos (54,3% consome pelo menos um), apenas 8,9% tem uma boa qualidade de sono segundo o PSQI além das várias afeções noturnas (acordar a meio da noite, precocemente de manhã ou para usar a casa de banho) e diurnas (dificuldade em manterem-se acordados e falta de entusiasmo) que lhes estão associadas. Dentro dos diferentes princípios ativos o lorazepam é o mais frequente com percentagem de 16,6% dos inquiridos.

A atenção é a função mental mais comprometida pois todos os utentes apresentam uma inibição psíquica acentuada.

Em suma, é de ressaltar que apesar das variantes associadas a cada função que não podem ser modificadas como a idade, género e patologias concomitantes, por outro lado, fatores modificáveis, como, por exemplo, o tipo de atividade realizada e estímulos a que cada utente é exposto, podem resultar numa melhoria em grande escala da qualidade de vida individual e da IPSS no geral. Para tal, as ferramentas apresentadas são uma forma de rastreio mas também de acompanhamento futuro do indivíduo, com necessidade de elevada adesão e de uso corrente.

9. Perspetivas futuras e sugestões

Por fim e atendendo às conclusões e às limitações apontadas, torna-se revelante mencionar possíveis estudos futuros nas áreas abordadas e ainda fracamente exploradas em Portugal.

Em primeiro lugar será importante ressaltar que se deverá desenvolver um estudo utilizando uma amostra geograficamente mais alargada e representativa da totalidade de idosos de todo o País.

Relativamente a possíveis sugestões para a melhoria das funções mentais do idoso podem-se mencionar:

- Profissionalizar os processos clínicos: claros em relação às morbilidades, terapêuticas (convencionais e não convencionais) e meios complementares de diagnóstico;
- Promover um registo fidedigno e real dos fármacos prescritos tanto nos sistemas público como privado;
- Promover a criação de eventos diários nas IPSS para evicção da monotonia e frustração, com a devida repetição e continuidade necessária;
- Criação de plataformas que promovam o estímulo, reabilitação e manutenção da consciência, orientação, memória, sono e atenção;
- Criação de instituições especializadas unicamente em cuidados de estados comatosos para análise de possíveis recuperações ou aumento da qualidade de vida atual;
- Promoção individual de mudanças do ritmo circadiano para melhoria das funções mentais individualizadas;
- Avaliação da evolução individual e global dos utentes das IPSS num sentido de deteção de possíveis erros e de quais os reajustes necessários.

10. Referências

1. National Research Council (US) Committee on Chemical Toxicology and Aging. Aging In Today's Environment. Washington (DC): National Academies Press (US); 1987. 3, Principles of Gerontology. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218728/>. Consultado a 05 de junho de 2017.
2. Instituto Nacional de Estatística. Resultados Definitivos do Censo de 2011. 2011. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacoes. Consultado a 18 de setembro de 2016.
3. Instituto Nacional de Estatística. Definição de Índice de Envelhecimento. 1994. Disponível em: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/925?modal=1>. Consultado a 18 de setembro de 2016.
4. Instituto Nacional de Estatística. Valores de Índice de Envelhecimento. 2016. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexto=bd&selTab=tab2. Consultado a 18 de setembro de 2016.
5. Segurança Social. Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Disponível em: <http://www.seg-social.pt/ipss>. Consultado a 02 de maio de 2017.
6. Committee on the Mental Health Workforce for Geriatric Populations; Board on Health Care Services; Institute of Medicine; Eden J, Maslow K, Le M, et al., editors. The Mental Health and Substance Use Workforce for Older Adults: In Whose Hands? Washington (DC): National Academies Press (US); 2012 Jul 10. 4, Workforce Implications of Models of Care for Older Adults with Mental Health and Substance Use Conditions. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201411/>. Consultado a 05 de junho de 2017.
7. Committee on the Public Health Dimensions of Cognitive Aging; Board on Health Sciences Policy; Institute of Medicine; Blazer DG, Yaffe K, Liverman CT, editors. Cognitive Aging: Progress in Understanding and Opportunities for Action. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Jul 21. 4A, Risk and Protective Factors and Interventions: Lifestyle and Physical Environment. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316205/>. Consultado a 05 de junho de 2017.
8. Leggett A, Zarit S. Prevention of Mental Disorders in Older Adults: Recent Innovations and Future Directions. *Generations*. 2014;38(3):45-52.
9. Williams R, Piotrowski N. Psychiatric disorders. *Magill's Medical Guide* (Online Edition). 2016.
10. National Research Council (US) Committee on Chemical Toxicology and Aging. Aging In Today's Environment. Washington (DC): National Academies Press (US); 1987. 2, The Aging Population and the Psychosocial Implications of Aging. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218731/>. Consultado a 05 de junho de 2017.

11. Department of Economic and Social Affairs - Population Division. Population ageing and sustainable development. Popfacts - United Nations Publications. 2014; Nº 2014/4. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2014-4.pdf. Consultado a 05 de junho de 2017.
12. Direção de Serviços de Informação e Análise da Portugal da Direção-Geral da Saúde. Portugal Idade Maior em números 2014 - A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade. Direção-Geral da Saúde. 2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014.aspx>. Consultado a 05 de junho de 2017.
13. Department of Economic and Social Affairs - Population Division. World Population Prospects - The 2015 Revision. United Nations. 2015. Disponível em: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf. Consultado a 05 de junho de 2017.
14. Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Ageing. United Nations. 2015. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf. Consultado a 05 de junho de 2017.
15. PORTADATA. Números de Portugal. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-7059>. 2016. Consultado a 03 de maio de 2017.
16. Instituto Nacional de estatística. Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. 2015. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt. Consultado a 05 de junho de 2017.
17. PORTADA. População Idosa na Covilhã e Guarda. 2016. Disponível em: <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>. Consultado a 03 de maio de 2017].
18. Instituto Nacional de estatística. Projeções de população residente 2012-2060. 2014. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt. Consultado a 05 de junho de 2017.
19. Instituto Nacional de estatística. Estatísticas Demográficas 2015. 2016. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=275533085&PUBLICACOESmodo=2. Consultado a 05 de junho de 2017.
20. PORTADATA. Indicadores de envelhecimento. 2016. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>. Consultado a 05 de junho de 2017.

21. Instituto Nacional de estatística. Definição de Índice de Dependência de Idosos. 1994. Disponível em: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/923?modal=1>. Consultado a 18 de setembro de 2016.
22. United Nations - Department of Economic and Social Affairs. Perfil demográfico de Portugal. 2015. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Graphs/DemographicProfiles/>. Consultado a 05 de junho de 2017.
23. Committee on the Mental Health Workforce for Geriatric Populations; Board on Health Care Services; Institute of Medicine; Eden J, Maslow K, Le M, et al., editors. The Mental Health and Substance Use Workforce for Older Adults: In Whose Hands? Washington (DC): National Academies Press (US); 2012 Jul 10. 2, Assessing the Service Needs of Older Adults with Mental Health and Substance Use Conditions. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201406/>. Consultado a 06 de junho de 2017.
24. APA (American Psychological Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, 4th ed. Washington, DC: APA.; 2000.
25. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: DGS 2004.
26. Grill E, Mansmann U, Cieza A, Stucki G. Assessing observer agreement when describing and classifying functioning with the International Classification of Functioning. Disability and Health. Journal of Rehabilitation Medicine. 2007; 39:71-76; DOI:10.2340/16501977-0016.
27. Pereira C, Fonseca C, Escoval A, Lopes M. Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2011; 29(1):53-63; DOI:10.1016/S0870-9025(11)70008-6.
28. Vithoulkas G, Muresanu D. Conscience and Consciousness: a definition. Journal of Medicine and Life. 2014; 7(1):104-8.
29. Calabrò RS, Cacciola A, Bramanti P, Milardi D. Neural correlates of consciousness: what we know and what we have to learn! Neurological Sciences. 2015;36(4):505-13. DOI:10.1007/s10072-015-2072-x.
30. Tononi G. Consciousness, information integration, and the brain. Progress in Brain Research. 2005;150:109-26.
31. COMA. Science Group. Escalas alternativas para avaliação da consciência. Disponível em: www.coma.ulg.ac.be/medical/acute.html. Consultado a 03 de maio de 2017.
32. Teasdale GM, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. Lancet. 1974; 2(7872):81-4.
33. Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010. Direção Geral da Saúde.
34. Kumiko O. Glasgow Coma Scale flow chart: a beginner's guide. British Journal of Nursing. 2014;23(20):1068-73; DOI:10.12968/bjon.2014.23.20.1068.

35. Muñana-Rodríguez J, Ramírez-Elías A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Enfermería Universitaria*. 2014; 11:24-35; DOI:10.1016/S1665-7063(14)72661-2.
36. Barlow P. A practical review of the Glasgow Coma Scale and Score. *Surgeon*. 2012; 10(2):114-9; DOI:10.1016/j.surge.2011.12.003.
37. Edwards SL, Tel, H. Sleep quality and quality of life among the elderly people. *Neurology, Psychiatry And Brain Research*. 2013;19:48-52. DOI:10.1016/j.npbr.2012.10.002. analysis and limitations. *British Journal of Nursing*. 2001; 10(2): 92-101; DOI:10.12968/bjon.2001.10.2.5391.
38. Iankova A. The Glasgow Coma Scale. *Emergency Nurse*. 2006;14(8):30-5; DOI:10.7748/en2006.12.14.8.30.c4221
39. Laureys, S., S. Majerus and G. Moonen (2002). Assessing consciousness in critically ill patients. 2002 Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine. J. L. Vincent. Heidelberg, Springer-Verlag: 715-727.
40. Middleton PM (2012) Practical use of the Glasgow Coma Scale; a comprehensive narrative review of GCS methodology. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2012;15(3):170-83.
41. Harrahill M. Glasgow Coma Scale: a quick review. *Journal of Emergency Nursing*. 1996;22(1):81-3.
42. Cook N, Woodward S (2011) Assessment, interpretation, and management of altered consciousness. In: Woodward S, Mestecky A-M, eds. *Neuroscience Nursing: Evidence-Based Practice*. 1st edn. Wiley-Blackwell, West Sussex.
43. Lowry M. Emergency nursing and the Glasgow Coma Scale. *Accident and Emergency Nursing*. 1998;6(3):143-8.
44. Waterhouse C. Commentary: Brunker C. (2006). Assessment of sedated head-injured patients using the Glasgow Coma Scale: an audit. *Nursing in Critical Care*. 2008;13(2):116-7; DOI: 10.1111/j.1478-5153.2007.00265.x.
45. Green SM. Cheerio, laddie! Bidding farewell to the Glasgow Coma Scale. *Annals of Emergency Medicine*. 2011;58(5):427-30. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2011.06.009.
46. Berrios GE. Disorientation states and psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*. 1982; 23(5):479-91.
47. Peer M, Lyon R, Arzy S. Orientation and disorientation: Lessons from patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2014; 41:149-157; DOI:10.1016/j.yebeh.2014.09.055.
48. Purves D, Augustine GJ, Fitzpatrick D, et al., editors. *Neuroscience*. 2nd edition. Sunderland (MA): Sinauer Associates; 2001. Temporal Categories of Memory. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK10948/>. Consultado a 05 de maio de 2017.
49. Guerreiro M, Silva AP, Botelho M, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1994;1:9.

50. Testes de diagnóstico do estado cognitivo. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-33-21-exames-utilizados-no-diagnostico-de-demencia>. Consultado a 05 de maio de 2017.
51. Walsh K, Caple C. Neurological Assessment: Administering the Mini-Mental State Examination (MMSE). CINAHL Nursing Guide. 2016 May.
52. Prieto G, Delgado A, Perea M, Ladera V. Original article: Differential functioning of mini-mental test items according to disease. *Neurologia*. 2011; 26(8):474-80; DOI:10.1016/j.nrl.2011.01.013.
53. Piccinin AM, Muniz-Terrera G, Clouston S, et al. Coordinated Analysis of Age, Sex, and Education Effects on Change in MMSE Scores. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2013; 68(3):374-90; DOI:10.1093/geronb/gbs077.
54. Nunes, B.; Silva, R.; Cruz, V.; Roriz, J.; Pais, J.; Silva, M. Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*. 2010; 10:42; DOI:10.1186/1471-2377-10-42.
55. Moraes C, Pinto JA, Lopes MA, Litvoc J, Bottino CM. Impact of sociodemographic and health variables on Mini-Mental State Examination in a community-based sample of older people. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2010; 260:535-42; DOI:10.1007/s00406-010-0104-3.
56. Santana I, et al. MMSE: avaliação de novos dados normativos. *Acta Médica Portuguesa*. 2016; Apr;29(4):240–248.
57. Freitas S, Simões MR, Alves L, Santana I. Mini Mental State Examination (MMSE): Normative study for the Portuguese population in a community stratified sample. *Applied Neuropsychology. Adult*. 2015;22:311-9.
58. Morgado J, Rocha CS, Maruta C, Guerreiro M, Martins IP. Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*. 2009;2:10-6.
59. Nunes, B.; Silva, R.; Cruz, V.; Roriz, J.; Pais, J.; Silva, M. Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*. 2010;10:42.
60. Carnero-Pardo C. Should the mini-mental state examination be retired? *Neurologia*. 2014;29(8):473-81. DOI: 10.1016/j.nrl.2013.07.003.
61. Nieuwenhuis-Mark RE. The death knoll for the MMSE: has it outlived its purpose? *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2010;23(3):151-7. DOI:10.1177/0891988710363714.
62. Mitchell AJ, Shukla D, Ajumal HA, Stubbs B4, Tahir TA. The Mini-Mental State Examination as a diagnostic and screening test for delirium: systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*. 2014;36(6):627-33. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2014.09.003.
63. Institute of Medicine (US) Committee on Sleep Medicine and Research; Colten HR, Altevogt BM, editors. *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem*.

- Washington (DC): National Academies Press (US); 2006. 2, Sleep Physiology. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19956/>. Consultado a 05 de maio de 2017.
64. Purves D, Augustine GJ, Fitzpatrick D, et al., editors. Neuroscience. 2nd edition. Sunderland (MA): Sinauer Associates; 2001. Stages of Sleep. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK10996/>. Consultado a 05 de maio de 2017.
 65. Libman E, Fichten C, Creti L, et al. Refreshing Sleep and Sleep Continuity Determine Perceived Sleep Quality. *Sleep Disorders*. 2016; 2016:7170610; DOI:10.1155/2016/7170610.
 66. Edwards BA, O'Driscoll DM, Ali A, Jordan AS, Trinder J, Malhotra A. Aging and Sleep: Physiology and Pathophysiology. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*. 2010; 31(5):618-33; DOI:10.1055/s-0030-1265902.
 67. Seelp and Chronobiology Center. Avaliação qualidade de sono. Disponível em: <http://www.sleep.pitt.edu/research/instruments.html>. Consultado a 19 de fevereiro de 2017].
 68. Mollayeva T, Thurairajah P, Burton K, Mollayeva S, Shapiro C, Colantonio A. Clinical review: The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2016; 25:52-73; DOI:10.1016/j.smr.2015.01.009.
 69. Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research*. 1989 May; 28(2):193-213.
 70. Del Rio João K, Becker N, de Neves Jesus S, Isabel Santos Martins R. Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Research*. 2017; 247:225-229; DOI:10.1016/j.psychres.2016.11.042.
 71. Koh HW, Lim RB, Chia KS, Lim WY. The Pittsburgh Sleep Quality Index in a multi-ethnic Asian population contains a three-factor structure. *Sleep Breath*. 2015; 19(4):1147-54. DOI:10.1007/s11325-015-1130-1.
 72. Buysse DJ, Hall ML, Strollo PJ, et al. Relationships Between the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), and Clinical/Polysomnographic Measures in a Community Sample. *Journal of Clinical Sleep Medicine: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*. 2008; 4(6):563-571.
 73. Schefke T, Gronek P. Improving attentional processes in sport: defining attention, attentional skills and attention types. *Studies in the physical culture and tourism*. 2010 December; 17(4):295-299.
 74. Carrasco M, Barbot A. How Attention Affects Spatial Resolution. *Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology*. 2014; 79:149-60.
 75. Sarter M, Givens B, Bruno JP. The cognitive neuroscience of sustained attention: where top-down meets bottom-up. *Brain research. Brain research reviews*. 2001 Apr; 35(2):146-60.

76. Centro de Documentação. Provas Psicológicas Instrumentais. Disponível em: <http://cd.ispa.pt/pagina/provas-psicologicas-instrumentais>. Consultado a 23 de junho de 2017.
77. Amaral, J. R. (1967). O teste da barragem de Toulouse e Piéron na medição e diagnóstico da atenção: Elementos de aferição para a população portuguesa. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
78. Toulouse Y, Pieron H (1972) Toulouse-Pieron: prueba perceptiva y de atención manual. TEA, Madrid. (Pág.5-12).
79. Instituto Nacional de Estatística. Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. 2012. [On-line]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2. Consultado a 06 de maio de 2017.
80. Lin JS, O'Connor E, Rossom RC, et al. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Nov. (Evidence Syntheses, No. 107.) 1, Introduction. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174645/> Consultado a 06 de maio de 2017.
81. Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. Archives of Internal Medicine. 2000;160(19):2964-8.
82. Chodosh J, Petitti DB, Elliott M, et al. Physician recognition of cognitive impairment: evaluating the need for improvement. Journal of the American Geriatrics Society. 2004;52(7):1051-9.
83. Phases of Aging: The Young-Old, Middle-Old, and Old-Old. Disponível em: https://lumen.instructure.com/courses/199939/pages/Section13-4?module_item_id=4575415 consultado a 16 de maio de 2017.
84. Arun Ö; Çevik A.Ç. Quality of Life in Ageing Societies: Italy, Portugal, and Turkey. Educational Gerontology. Nov2011, Vol. 37 Issue 11, p945-966. 22p. 5 Charts. DOI: 10.1080/03601277.2010.492730.
85. Paulo A, Sampaio A, Sousa N, et al. Patterns of Cognitive Performance in Healthy Ageing in Northern Portugal: A Cross-Sectional Analysis. PLoS One. 2011;6(9):e24553. DOI: 10.1371/journal.pone.0024553.
86. Oliveira C.R., Mota-Pinto A, Rodrigues V, Alves C. Relevant Factors on Cognitive Evaluation of the Portuguese Population. Acta Médica Portuguesa. 2017;30(4):293-301. DOI: 10.20344/amp.7299.
87. De Matos A, Mourao I, Coelho E. Interaction between age, education, time of institutionalization and physical exercise in the cognitive function and depression in the elderly/Interacção entre a idade, escolaridade, tempo de institucionalização e exercício físico na função cognitiva e depressão em idosos. Motricidade. 2016;(2):38. DOI:10.6063/motricidade.6805.

88. Parodi López N, Villán Villán YF, Granados Menéndez MI, Royuela A. [Potentially inappropriate prescribing in patients over 65 years-old in a primary care health centre]. *Aten Primaria*. 2014 Jun-Jul;46(6):290-7. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.12.007.
89. Bloch, Frederic. Is the Glasgow Coma Scale appropriate for the evaluation of elderly patients in long-term care units?. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. June 2016, Vol. 22 Issue 3, p455, 2 p. DOI:10.1111/jep.12489.
90. Bastos PG, Sun X, Wagner DP, Wu AW, Knaus WA. Glasgow Coma Scale score in the evaluation of outcome in the intensive care unit: findings from the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation III study. *Critical Care Medicine*. 1993 Oct;21(10):1459-65.
91. Kehoe A, Rennie S, Smith JE. Glasgow Coma Scale is unreliable for the prediction of severe head injury in elderly trauma patients. *Emergency Medicine Journal*. 2015;32(8):613-5. DOI:10.1136/emered-2013-203488.
92. Ritchie PD, Cameron PA, Ugoni AM, Kaye AH. A study of the functional outcome and mortality in elderly patients with head injuries. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2000 Jul;7(4):301-4. DOI:10.1054/jocn.1999.0198.
93. Kilaru S, Garb J, Emhoff T, Fiallo V, Simon B, et al. Long-term functional status and mortality of elderly patients with severe closed head injuries. *Journal of Trauma and Acute Care Surg*. 1996;41(6):957-63.
94. Kraus JF, Peek-Asa C, McArthur D. The independent effect of gender on outcomes following traumatic brain injury: a preliminary investigation. *Neurosurgical Focus*. 2000;8(1):e5.
95. Farace E, Alves WM. Do women fare worse? A metaanalysis of gender differences in outcome after traumatic brain injury. *Neurosurgical Focus*. 2000;8(1):e6.
96. Khan M, O'Keeffe T, Joseph B, et al. The impact of Glasgow Coma Scale-age prognosis score on geriatric traumatic brain injury outcomes. *Journal Of Surgical Research*. 2017;216:109-114. DOI: 10.1016/j.jss.2017.04.026.
97. Susman M, DiRusso SM, Sullivan T, Risucci D, Nealon P, et al. Traumatic brain injury in the elderly: increased mortality and worse functional outcome at discharge despite lower injury severity. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2002;53(2):219-23.
98. Belanger HG, Curtiss G, Demery JA, Lebowitz BK, Vanderploeg RD. Factors moderating neuropsychological outcomes following mild traumatic brain injury: a meta-analysis. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2005;11(3):215-27. DOI:10.1017/S1355617705050277.
99. Frencham KA, Fox AM, Maybery MT. Neuropsychological studies of mild traumatic brain injury: a meta-analytic review of research since 1995. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2005;27(3):334-51. DOI:10.1080/13803390490520328.
100. Dikmen S, Machamer J, Temkin N. Mild head injury: facts and artifacts. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2001;23(6):729-38. DOI:10.1076/jcen.23.6.729.1019.

101. De Vriendt P, Gorus E, Bautmans I, Mets T. Conversion of the Mini-Mental State Examination to the International Classification of Functioning, Disability and Health terminology and scoring system. *Gerontology*. 2012;58(2):112-9. DOI: 10.1159/000330088.
102. Medeiros de A Nunes V, Alchieri JC, Azevedo LM, Varella de Oliveira KM, Pereira DA. Cognitive assessment in elderly residents of long-stay institutions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2014;37(1-2):27-33. DOI: 10.1159/000348348.
103. Castro VC, Lange C, Baldissera VDA, Silva ES, Carreira, L. Cognitive assessment of elderly people in long-stay institutions: a cross-sectional study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Sept, 2016, Vol. 15 Issue 3, p372, 10 p. DOI: 10.17665/1676-4285.20165535.
104. Macuco CR, Batistoni SS, Lopes A, Cachioni M, da Silva Falcão DV, et al. Mini-Mental State Examination performance in frail, pre-frail, and non-frail community dwelling older adults in Ermelino Matarazzo, São Paulo, Brazil. *International Psychogeriatrics*. 2012;24(11):1725-31. DOI: 10.1017/S1041610212000907.
105. Kingston A, Wohland, Wittenberg R, Robinson L, Brayne C, et al. Is late-life dependency increasing or not? A comparison of the Cognitive Function and Ageing Studies (CFAS). *The Lancet*. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31575-1.
106. Sakuma N, Ura C, Miyamae F, Inagaki H, Ito K, et al. Distribution of Mini-Mental State Examination scores among urban community-dwelling older adults in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2017;32(7):718-725. DOI: 10.1002/gps.4513.
107. Terrera GM, Minett T, Brayne C, Matthews FE. Education associated with a delayed onset of terminal decline. *Age and Ageing*. 2014;43(1):26-31. DOI:10.1093/ageing/aft150.
108. Penna S, Novack TA. Further validation of the Orientation and Cognitive Logs: their relationship to the Mini-Mental State Examination. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2007;88(10):1360-1. DOI:10.1016/j.apmr.2007.07.005.
109. Park MH, Kwon DY, Jung JM, Han C, Jo I, et al. Mini-Mental Status Examination as predictors of mortality in the elderly. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013;127(4):298-304. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01918.x.
110. Olazarán J, Trincado R, Bermejo F, Benito-León J, Díaz J, et al. Selective memory impairment on an adapted Mini-Mental State Examination increases risk of future dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2004;19(12):1173-80. DOI:10.1002/gps.1236.
111. Lehrner J, Kogler S, Lamm C, Moser D, Klug S, et al. Awareness of memory deficits in subjective cognitive decline, mild cognitive impairment, Alzheimer's disease and Parkinson's disease. *International Psychogeriatric Association*. 2015;27(3):357-66. DOI: 10.1017/S1041610214002245.
112. Fyfield J, Lim J. Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine: Position Statement - Sleep in the older person. *Australasian Journal on Ageing*. 2015;34(3):203-12; DOI:10.1111/ajag.12192.
113. Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, Walsh J. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004;56(5):497-502. DOI:10.1016/j.jpsychores.2004.02.010.

114. Araújo CLO, Ceolim MF. Sleep quality of elders living in long-term care institutions. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*. 2010;(3):619. DOI:10.1590/S0080-62342010000300010.
115. Amer MS, Hamza SA, El Akkad RM, Abdel Galeel YI. Does self-reported sleep quality predict poor cognitive performance among elderly living in elderly homes? *Aging & Mental Health*. 2013;17(7):788-92. DOI: 10.1080/13607863.2013.790930.
116. Nakakubo S, Makizako H, Doi T, Tsutsumimoto K, Lee S, et al. Impact of poor sleep quality and physical inactivity on cognitive function in community-dwelling older adults. *Geriatrics & Gerontology International*. 2017. DOI: 10.1111/ggi.12973.
117. Smagula S, Stone K, Fabio A, Cauley J. Clinical review: Risk factors for sleep disturbances in older adults: Evidence from prospective studies. *Sleep Medicine Reviews*. 2016;25:21-30. DOI:10.1016/j.smr.2015.01.003.
118. Teixeira J, Freitas S, Mano T, et al. Cognitive Stimulation, Maintenance and Rehabilitation. *Procedia Technology*. 2013;9(CENTERIS 2013 - Conference on ENTERprise Information Systems/ProjMAN 2013-International Conference on Project MANagement/HCIST 2013- International Conference on Health and Social Care Information Systems and Technologies):1335-1343. DOI:10.1016/j.protcy.2013.12.150.

Capítulo 2 - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária: Farmácia do Cavaco, Santa Maria da Feira

1. Introdução

A Farmácia Comunitária (FC) é um local de dispensa de medicamentos e outros produtos de saúde na qual o farmacêutico tem como objetivo major fornecer conselhos para a promoção da qualidade de vida do doente através da prevenção de possíveis problemas (análise da necessidade, efetividade e segurança dos medicamentos) e diminuição dos efeitos adversos relacionados com os medicamentos. Ainda que considerado um especialista do medicamento (pelo conhecimento das suas propriedades físico-químicas e pela sua manipulação), o farmacêutico também deve possuir um comportamento adequado aos diferentes tipos de utente (cuidados direcionados à cama do doente) em prol da satisfação populacional. (1,2)

Sendo a FC um serviço disponibilizado ao nível da saúde que requer elevado contacto humano e conhecimento científico por parte dos profissionais de saúde envolvidos, o cumprimento das Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPF) é essencial e obrigatório para a qualidade, sabedoria e eficiência na oferta dos mais variados serviços.(1) Uma falha neste processo, bem como no seguimento das normas, pode culminar no agravamento da morbilidade, ou até mesmo mortalidade do doente. (1-3)

O percurso para o alcance do conhecimento necessário ao exercício da profissão supra mencionado teve início no plano curricular com a realização de várias *skills*: a) abordagem ao doente diabético; b) antropometria; c) glicémia capilar; d) medição da tensão arterial por métodos automáticos; e) administração de insulina; f) utilização de dispositivos de inalação; g) temperatura auricular; h) suporte básico de vida; i) administração de vacinas; j) punção venosa e espirometria.

O estágio curricular em FC realizado entre janeiro e junho de 2017 é a última parte integrante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira Interior. No decorrer deste estágio toda a informação adquirida ao longo do curso foi otimizada, permitindo uma participação ativa nos mais variados segmentos da FC: a) gestão; b) organização da farmácia; c) informação e documentação científica; d) medicamentos e outros produtos de saúde; e) aprovisionamento e armazenamento; f) inter-relação Farmacêutico-Utente-Medicamento; g) dispensa do medicamento; h) aconselhamento de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) e outros produtos de saúde; i) automedicação; j) preparação de manipulados, bem como outros cuidados de saúde necessários fornecer ao utente. O estágio promoveu um crescimento gradual a nível científico, profissional e emocional nas diferentes secções, graças ao apoio logístico e à autonomia permitida na execução das diversas funções.

2. Organização da Farmácia Comunitária

2.1. Localização, horário de funcionamento e caracterização dos utentes

A Farmácia do Cavaco sob a direção técnica da Dr.^a Olívia Maria de Jesus Gomes, responsável pela minha orientação (juntamente com toda a sua equipa), foi fundada em 2003 e está situada na Rua António Martins Soares Leite, nº 42, Santa Maria da Feira, pertencente ao distrito de Aveiro.

Este estabelecimento, por se encontrar próximo do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E. - Hospital de São Sebastião, promove uma grande rotatividade de clientes.

Ao abrigo do artigo n.º 5 da Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro, o seu horário de funcionamento é de vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, o que garante um conforto adicional aos doentes, em particular aos que saem das urgências ou outro tipo de serviço hospitalar, já que têm acesso à medicação que lhe foi prescrita sem necessidade de procurar uma farmácia de serviço. (4) O mesmo documento refere a cobrança de 2,50€ pelo atendimento ao utente quando o mesmo é feito fora dos normais períodos de funcionamento, excetuando casos de dispensa de medicamentos prescritos em receita médica do próprio dia ou do dia anterior. O processo de cedência e pagamento é efetuado por um postigo, impedindo o acesso do doente ao interior da farmácia após as vinte e quatro horas. (1)

2.2. Instalações físicas e equipamento

Para o seu correto funcionamento, as farmácias obrigam-se à aplicação de um conjunto de regras e normas de apresentação, estabelecidas pelo INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP.).

De acordo com a alínea 1) do artigo n.º 2 do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 75/2016, de 8 novembro, o exterior contém a designação da farmácia, neste caso, “Farmácia do Cavaco”, sem vocábulos que possam originar equívocos por parte do utente. Associado a esta identificação, existe o símbolo “cruz verde” com as informações eletrónicas acerca do nome da farmácia e da hora e temperatura atuais (informação apoiada pelo artigo acima referido). (5,6) Junto ao local de acesso à farmácia, estão afixados alguns dados informativos visíveis do exterior tais como nome da farmácia; nome da diretora técnica; horário de funcionamento; farmácias de serviço e contactos associados; serviços prestados pela farmácia e preços; outros serviços (como, por exemplo, de podologia e osteopatia) e a existência de livro de reclamações. Para que o doente seja alertado de que a farmácia está aberta 24h horas, a mesma possui a “cruz verde” sempre acesa (artigo n.º 28 do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto). (5)

Adicionalmente, e num sentido de demonstração de profissionalismo, a farmácia exhibe para o exterior montras apelativas e alusivas a diferentes períodos do ano (Dia dos Namorados, Carnaval, Dia do Pai, Dia da Mulher, Primavera, entre outros), bem como publicidade a marcas e produtos explorados pela farmácia como, por exemplo, Biafine®, Ben-U-Ron Caff e Absorvit®. (1)

Para que a igualdade de acesso seja garantida a todos os cidadãos (crianças, idosos, e pessoas portadoras de deficiência), artigo n.º 10 do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto e segundo o BPF, estando a farmácia num rés-do-chão do edifício, não existe qualquer tipo de impedimento no acesso ao estabelecimento. (5)

Todas as áreas da farmácia estão bem definidas e legisladas, pela Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho, que indica as áreas mínimas obrigatórias dos espaços e estruturas facultativas na FC. Consideram-se áreas obrigatórias a sala de atendimento ao público, o armazém, o laboratório, as instalações sanitárias e o gabinete de atendimento personalizado que deve ter no mínimo um total de 95m². (7)

A zona de atendimento deverá representar um local calmo, com todas as condições de segurança adequadas. Deve possuir um banco para repouso, no caso de o utente desejar se sentar enquanto espera pelo atendimento. Esta área deverá ser composta por três balcões (cada posto equipado com computador, leitor ótico de códigos de barras, uma impressora e um terminal multibanco), onde cada funcionário permanecerá durante o seu horário de trabalho. Nos mesmos deverão existir expositores a produtos e a “Revista Saúde” para quem a quizer adquirir de forma gratuita. Nas prateleiras atrás dos balcões deverão estar expostos MNSRM, produtos sazonais, de higiene íntima, suplementos alimentares, entre outros. Quanto aos expositores presentes como, por exemplo, Elgydium® e protetores solares LA ROCHE-POSAY, estes devem ser variados e sofrer igual rotatividade. No interior da farmácia deverão existir, ainda, lineares onde o cliente pode visualizar produtos de algumas gamas enquanto espera, seja no espaço de veterinária (medicamentos de uso veterinário - MUV), seja no espaço de dermocosmética e produtos de puericultura (biberões, cremes e produtos para nutrição infantil). É de ressaltar que no local de atendimento estão presentes três informações base: a) a prioridade de cedência a idosos, grávidas, pessoas acompanhadas de crianças de colo e indivíduos portadores de deficiência (Decreto-Lei n.º 58/2016, de 29 de agosto), exposta na parte superior dos balcões de atendimento; b) existência de livro de reclamações (BPF); e c) a informação de que a partir do momento em que qualquer medicamento ou produto de saúde sai dos limites da farmácia a mesma não pode aceitar a devolução dos mesmos (Circular Informativa n.º 133/CD de 6 de Junho de 2012). (5,8,9)

Relativamente ao gabinete de atendimento personalizado, este destina-se à prestação de serviços como a) a avaliação de peso, índice de massa corporal, gordura corporal e tensão arterial, b) administração de vacinas e injetáveis, c) avaliação da glicémia capilar, triglicérideos, colesterol total e ácido úrico, d) realização de testes de gravidez e testes de menopausa (estes últimos dois realizados no laboratório). Este espaço físico da farmácia tem

como função principal a determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos, e como tal encontra-se equipado com todo o material necessário, mas também a manutenção de conversas mais privadas com os utentes que assim o desejem (artigo n.º 2 da Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro). Ainda nesta área encontra-se exposto material de ortopedia, no sentido de facilitar uma conversa sobre este assunto. (10)

A área restrita ao público é visível da área de atendimento e destina-se ao armazenamento de medicamentos em gavetas deslizantes. O *back office* é interdito aos utentes, exceto as instalações sanitárias que, apesar do seu uso ser direcionado aos funcionários, em casos isolados poderá ser utilizada pelos utentes.

O armazém possui ar condicionado para que a temperatura e valores de humidade estejam de acordo os valores padronizados, sendo que os produtos refrigerados estão no frigorífico próximo da área destinada à receção das encomendas.

No laboratório encontra-se todo o material necessário, acondicionado em armários destinados a este fim, e devidamente identificado. Todos os aparelhos eletrónicos necessários são sujeitos a calibrações periódicas e planos de manutenção regulares. É neste espaço físico que ocorre a preparação de medicamentos manipulados e a formulação de preparações extemporâneas. (11)

As áreas facultativas na Farmácia do Cavaco são o gabinete da direção técnica, a zona de recolhimento, o vestiário, a sala para refeições, o espaço para gestão de encomendas e o segundo gabinete de atendimento. Esta última área permite a realização de todos os serviços promovidos pela farmácia: nutrição, podologia, osteopatia, audiologia e massagens terapêuticas.

2.3. Recursos humanos e respetivas funções

Na Farmácia do Cavaco, apesar de determinadas funções serem assumidas por membros definidos da equipa, de forma a promover um trabalho eficaz, na ausência dos funcionários responsáveis pelas mesmas ou em casos de elevada carga de trabalho, qualquer outro funcionário pode assumi-las, de forma a evitar falhas ou erros desnecessários.

No que diz respeito aos recursos humanos, a farmácia é composta pela diretora técnica e proprietária, por nove farmacêuticos dois quais três são adjuntos, por uma técnica de diagnóstico e terapêutica e uma auxiliar de limpeza (artigo n.º 23 e 24 do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, alterado pelo Decreto-lei n.º 171/2012, de 1 de agosto). (5)

De entre este grupo de funcionários, de acordo com o artigo n.º 21 do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, a Diretora Técnica é a que possui uma maior responsabilidade, já que é responsável pelos atos dos outros farmacêuticos. Destacam-se como suas funções principais a) esclarecer os utentes sobre o modo de utilização dos medicamentos; b) promover o uso racional do medicamento; c) garantir que os medicamentos sujeitos a receita

médica (MSRM) só são dispensados aos utentes sem receita médica em casos de força maior e devidamente justificados; d) garantir que todos os produtos são fornecidos em bom estado de conservação; e) assegurar que a farmácia se encontra em condições adequadas de higiene e segurança, assim como de funcionários; f) garantir um aprovisionamento suficiente de medicamentos; g) verificar o cumprimento das regras e princípios deontológicos da atividade farmacêutica e demais legislação reguladora. (5) Como todas estas funções resultariam numa subcarga para a responsável, sempre que designado e registado por escrito, as farmacêuticas-adjuntas auxiliam. (12)

A atividade farmacêutica acaba por possuir particularidades que a distingue da atividade dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, contudo, a formação a nível científico (fóruns, congressos, publicações, encontros profissionais, entre outros), ético e legal deverá ser constante. Segundo o Código Deontológico dos Farmacêuticos e o BPF, o farmacêutico deverá promover o contacto com outros profissionais de saúde, para que junto deles:

- Seja promovida a utilização segura, eficaz e racional dos medicamentos;
- Ocorra o correto controlo de psicotrópicos e estupefacientes;
- Se efetue a cedência de medicamentos com toda a informação correta à sua utilização pelo utente;
- Seja aplicado o seguimento farmacoterapêutico;
- Se efetue o contacto com os centros de informação dos medicamentos;
- Seja garantido que as relações benefício/risco, benefício/custo sejam ponderadas.

(13)

Adicionalmente, é necessário que ocorra uma gestão da formação dos colaboradores e das reclamações, permitindo assim manter a harmonia com as boas práticas de farmácia.

Apesar destas especificidades, o processo de receção de encomendas, análise dos prazos de validade, arrumação, reorganização dos expositores, dispensa de medicamentos, com ou sem receita médica (supervisão do técnico de diagnóstico e terapêutica por um farmacêutico) e devoluções aos fornecedores, devem ser realizadas por todos.

Durante todo o relatório é reconhecida a função do farmacêutico, contudo não é de desprezar a importância de todos os outros colaboradores, já que permitem o correto funcionamento da farmácia com os seus contributos individuais.

2.3.1. Formação Científica

Como já referido, a formação profissional é a base para um correto aconselhamento farmacêutico, principalmente quando a mesma se encontra atualizada e devidamente fundamentada. Na Farmácia do Cavaco várias são as informações relativas a formações, simpósios e congressos enviados pelos fornecedores à farmácia. Além de todas estas possibilidades, inclui-se a leitura individual de legislação, artigos ou outro tipo de publicações científicas que salvaguardem uma correta atualização.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de me inscrever, através da farmácia, em diversas formações (com a exceção da última apresentada, todas acreditadas pela Ordem dos Farmacêuticos (OF)):

- “Gestor Farmacêutico 3.0” pela COOPROFAR;
- “Desafios na utilização de Anti-histamínicos - Questions and Answers” pela Bial em participação com a Alliance Healcare™;
- Participação no Simpósio Farmácias 2017 pela COOPROFAR sobre produtos da edol®;
- “Técnicas de Inalação” pela Bial em participação com a Alliance Healcare™;
- “Hepatite A, Sarampo e Papeira - O que está a falhar?” pela Ordem dos Farmacêuticos;
- Demonstração de produtos da marca Pierre Fabre ORAL CARE, Drill, PEDIRelax e naturactive pela Pierre Fabre Dermo-Cosmética.

Adicionalmente, a farmácia promoveu outras formações, relativas a produtos de higiene oral, Paradontax®; da área da dermocosmética MartiDerm® e BIODERMA; e suplementos como o biofast, venopress, stressil, magnésio rapid, bromilase, activisil e flexidor, por parte da SilfarmaPlus.

Para complementar o meu estágio, foi-me proposto a realização de um pequeno trabalho de recolha de informação sobre a “Descontinuação de Medicamentos”, publicada pelo Centro de Informação do Medicamento. Este projeto tinha como objetivo resumir o máximo possível a informação encontrada, de modo a facilitar a interpretação dos dados. Adicionalmente, foi-me proposta uma breve exposição do meu trabalho aos restantes membros da equipa, de modo que o documento fosse compreendido na sua totalidade (Anexo XI).

2.4. Legislação

É de responsabilidade do farmacêutico manter-se atualizado e verificar novas legislações que possam influenciar, em grande ou em pequena escala, o funcionamento, bem como as regras aplicáveis na farmácia. Por si só, esta profissão fica regida pelo Código Deontológico dos Farmacêuticos (criado em 1998) que dita o princípio geral: “O exercício da atividade farmacêutica tem como objetivo essencial a pessoa do doente.”. (13)

No que respeita à farmácia comunitária são várias as legislações aplicadas, contudo a que influência de forma muito abrangente a sua atividade é o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, e devidas alterações pelo Decreto-Lei n.º 75/2016, de 8 novembro. (5,6)

Para enquadrar o farmacêutico com os documentos legais existe a OF e o INFARMED. A OF tem várias funções, das quais se destacam a colaboração com o Estado, a defesa da dignidade da profissão farmacêutica e a fomentação e defesa dos interesses da mesma, alínea 1 do artigo n.º 3 da Lei n.º 131/2015, de 04 de setembro). (14) Em complementaridade, o INFARMED é a autoridade competente do Ministério da Saúde que constitui fonte de informação e regência

sobre vários assuntos: “avaliação, autorização, disciplina, inspeção e controlo de produção, distribuição, comercialização e utilização de medicamentos de uso humano (incluindo medicamentos à base de plantas e homeopáticos), e de produtos de saúde (abrangendo produtos cosméticos e de higiene corporal, dispositivos médicos e dispositivos médicos para diagnóstico *in vitro* em Portugal)”. (15) Assim, as duas entidades permitem maximizar a qualidade e a segurança, bem como a fiscalização dos produtos e serviços oferecidos ao doente na farmácia, de modo que este não se sinta preocupado com a origem do serviço que lhe está a ser fornecido.

2.5. Aplicação informática

Pensar na evolução tecnológica como um auxílio nas variadas profissões é uma forma muito simplista do que a mesma trouxe para a profissão farmacêutica. Hoje em dia, para quem inicia recentemente a sua carreira, fazer manualmente toda a contagem de *stocks*, processamento de pedidos aos fornecedores e faturação de todas as receitas médicas é inimaginável. Na Farmácia do Cavaco, o *software* SIFARMA 2000 encontra-se instalado em todos os computadores. Este é a base diária de todas as atividades realizadas, permitindo uma rentabilidade do tempo despendido nas tarefas diárias, dos gastos, e promovendo o aumento da qualidade e segurança no fornecimento de medicamentos aos doentes.

O programa referido auxilia nas atividades identificadas e ainda no atendimento, na gestão e receção de encomendas, nas devoluções, nas vendas suspensas, e noutras funções expostas pontualmente no relatório. O sistema encontra-se automatizado para que o acesso ao mesmo se faça através de um código e palavra-passe que identifique a pessoa que realizou as diferentes atividades.

No decorrer do estágio foi-me atribuído um código, “Cavaco”, e a sua respetiva senha de entrada. Tal, permitiu-me não só registar as minhas atividades, para que fossem avaliadas pelos membros da equipa e pela minha orientadora, como também ter uma liberdade adicional de exploração do programa de forma a descobrir as suas funcionalidades.

3. Informação e documentação científica

A atividade farmacêutica necessita de constante atualização devido a novas informações, procedimentos ou particularidades dos medicamentos. Neste sentido, alguns documentos são obrigatórios e presença constante na farmácia, para que pequenos problemas possam ser imediatamente resolvidos. Alguns desses documentos são o Prontuário Terapêutico e o Resumo das Características do Medicamento (RCM), que permitem o acesso a informação sobre a indicação do medicamento, suas contraindicações, interações, posologias mais comuns e precauções perante a utilização do mesmo. (1,7)

Contudo, pensar em consultar um documento ao mesmo tempo que nos encontramos a fazer atendimento ao público poderá ser desconfortável pelo tempo de espera da pesquisa. Assim, o SIFARMA 2000, serve como fonte de informação atualizada e organizada para cada produto. Para tal, apenas precisamos de selecionar o produto, abrir a sua ficha e consultar a sua informação científica. Neste local está disponível não só a composição quantitativa e qualitativa, como também reações adversas, posologias, pesquisa de interações medicamentosas, indicação terapêutica, grupo homogêneo, entre tantas outras informações. Todos estes pequenos detalhes vão permitir melhorar não só o aconselhamento mas, também, promover o uso racional do medicamento de modo a diminuir o aparecimento de problemas relacionados com o medicamento (PRM).

Como fontes alternativas de documentação, na Farmácia do Cavaco existe ainda a Farmacopeia Portuguesa 8; o Índice Nacional Terapêutico; o Simpósio Terapêutico; o Simpósio Veterinário; o Martindale, o The Extra Pharmacopeia; e a Revista da Associação Nacional de Farmácias. Em formato *online*, encontra-se disponível o Centro de Documentação e Informação do Medicamento e o Centro de Informação do Medicamento, entre outros.

4. Medicamentos e outros produtos de saúde

Numa farmácia comunitária vários são os medicamentos de uso humano disponíveis, mas existem outros produtos, como é o caso dos MUV. Neste sentido, são exigidas algumas definições para o exercício da profissão farmacêutica (Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto). (16)

Medicamento é “...toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.” (alínea dd) do artigo n.º 3 do documento legislativo acima referido). (16) Estas substâncias são responsáveis por exercer grandes bens mas também por causar malefícios irreversíveis. Desta forma, este mesmo decreto legisla e obriga o cumprimento de regras associadas ao seu processo de produção e à sua introdução no mercado, ou seja, desde o momento inicial da sua projeção até ao exato momento de entrega ao doente.

Muitas são as vezes que questionamos no atendimento: “Tem preferência pelo medicamento de marca ou pelo seu genérico?”, obtendo como resposta a pergunta: “Faz alguma diferença? Mas faz efeito?”. Neste sentido, é de extrema importância saber explicar ao utente que um medicamento genérico é um “...medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados.” (alínea oo) do artigo n.º 3 do documento legislativo referido). (16) Exposta a informação referida, com as devidas adequações linguísticas, será de ressaltar possíveis diferenças de preço (fator determinante para a adesão à terapêutica para alguns doentes) e a existência de reações adversas a algum excipiente presente no produto.

Outro grupo de medicamentos que tanto cuidado exige é a cedência de psicotrópicos e estupefacientes. Para este grupo de fármacos influenciadores da atividade do sistema nervoso central, seja por ação sedativa, euforizante ou narcótica (comumente associados a dependência), existe uma legislação própria, o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro e o Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, que determinam todas as ressalvas neste tipo de cedência. (17,18)

Relembrando, ainda, outro grande tema da profissão farmacêutica, no contexto de galénica, encontramos dois grandes conceitos, preparado oficial e preparado magistral. O primeiro refere-se à preparação de um medicamento manipulado segundo um documento oficial enquanto o segundo é preparado de acordo com indicação médica e as especificações associadas. (16)

Todos os conceitos referidos são apenas um pequeno leque de outros disponíveis no regime jurídico referido ao longo desta seção.

4.1. Sistemas de classificação

Para a introdução de uma nova entidade terapêutica, ou para análise de medicamentos já correntemente comercializados, existem três grandes classificações: Sistema Anatómico-Terapêutico-Químico (ATC), Classificação Farmacoterapêutica e Classificação por forma farmacêutica, sistematizados na Tabela 1 e Esquema 1.

Tabela 1 - Sistemas de classificação aplicáveis aos medicamentos e exemplo representativo das diferentes classificações. (19-21)

Sistemas de Classificação		
ATC	Classificação Farmacoterapêutica	Classificação por forma farmacêutica
- Consoante as propriedades terapêuticas e órgão ou sistema onde atua; - Classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde.	- Consoante a finalidade terapêutica; - Classificação adotada em Portugal e utilizada pelo Prontuário Terapêutico e pelo Índice Terapêutico.	- Consoante a forma farmacêutica; - Classificação adotada pela Farmacopeia Portuguesa.
Exemplo: Metformina		
A10BA02	8.4.2-Antidiabéticos orais	Comprimido

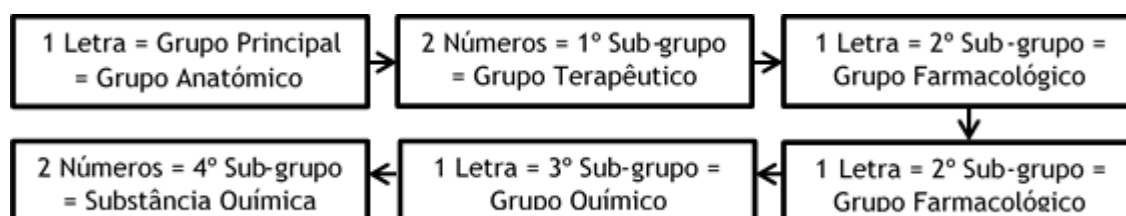


Figura 10 - Sistema ATC dos medicamentos, representação, grupo e correspondência. (19)

Independentemente do tipo de sistema aplicado para a classificação, todos permitem a sistematização de conceitos, funções e indicações terapêuticas, às quais os diferentes fármacos se encontram autorizados (excluindo os casos de uso *off-label*), promovendo uma identificação rápida e correta no momento desejado, em função da terapêutica pretendida.

5. Aprovisionamento e armazenamento

A compra de medicamentos ou outros produtos de saúde aos diferentes fornecedores é essencial para o normal decorrer do atendimento. Não só a aquisição é essencial, mas também a sua receção, o local de armazenamento, a forma de verificação das faturas e o controlo de prazos de validade, pois sem estes fatores a farmácia estaria sujeita a desperdícios monetários e a uma incorreta gestão de espaço físico. Neste sentido, o farmacêutico responsável por estas tarefas deve permitir um equilíbrio entre o que é necessário e o que representa excesso para a farmácia, para a obtenção de um correto controlo de *stocks*. (1)

Esta constituiu a minha primeira etapa na Farmácia do Cavaco. Iniciei o estágio com a receção de encomendas (e todos os controlos posteriormente abordados), a criação de encomendas, a marcação de preços (e etiquetagem associada), a análise de *stocks* mínimos e máximos, bem como de produtos esgotados ou descontinuados e a arrumação de todas as unidades adquiridas. Ao mesmo tempo, iniciei a análise da substância ativa e sua associação aos produtos comerciais (e a existência ou não de medicamentos genéricos do medicamento considerado de marca), para que, aquando do atendimento, pudesse promover um aconselhamento o mais correto possível.

5.1. Gestão de encomendas

5.1.1. Seleção de fornecedores

Existem duas formas possíveis para que os produtos sejam adquiridos, a encomenda aos armazenistas e a encomenda aos laboratórios.

Relativamente aos armazenistas, a Farmácia do Cavaco efetua encomendas à COOPROFAR e à Empifarma®, de modo preferencial, mas também à PLURAL-COOPERATIVA FARMACÊUTICA, à CRL, à Alliance Healthcare™ e à OCP Portugal - Produtos Farmacêuticos, S.A.. A COOPROFAR, disponibiliza um grupo de compras ao qual a farmácia está associado e que lhe permite adquirir os medicamentos e produtos de saúde de forma mais rentável, apesar de estar associado um FEE logístico, ou seja, um custo logístico pelas compras efetuadas. Cada um destes fornecedores armazenistas funciona como intermediário entre os laboratórios e as farmácias, representando a distribuição por grosso (segundo a alínea m) do artigo n.º 3 do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto). Para além de fazerem parte integrante do circuito do medicamento, os mesmos permitem manter os *stocks* corretos, de forma a suprir as necessidades dos clientes. (16)

Em oposição a este sistema, existe as encomendas diretas aos laboratórios como, por exemplo, Generis® e Pharmakern, responsáveis pelo fornecimento dos produtos ou por pedir aos armazenistas a sua entrega.

A escolha dos produtos a encomendar aos fornecedores encontra-se delegada a um farmacêutico, designado pela diretora técnica. Antes de qualquer decisão, transmite a informação a toda a equipa e ouve as diferentes opiniões. Só após concordância da equipa é que segue com o plano de compras.

A decisão de compra, depende de vários fatores, tal como o preço de venda à farmácia (PVF), as possíveis bonificações, os descontos, o prazo de entrega, as facilidades de pagamento e devoluções, a disponibilidade do produto, as ações de formação disponibilizadas, as campanhas e a estruturação de montras.

Todo o procedimento de encomendas está padronizado, mas por vezes o produto pode encontrar-se esgotado ou rateado. Nestas situações, entra-se em contato direto com o fornecedor e faz-se verbalmente a encomenda dos produtos para que, assim, se verifique a disponibilidade do produto desejado no fornecedor preferencial ou nos restantes.

5.1.2. Aquisição de produtos farmacêuticos e realização de encomendas

O processo de aquisição de produtos farmacêuticos é facilitado pelo recurso ao sistema informático SIFARMA 2000. Ao longo do dia são realizadas duas grandes encomendas aos diferentes armazenistas: uma a meio do dia e outra ao início da noite (excluindo as efetuadas no decorrer dos atendimentos, em caso de falhas de *stock*).

Cada produto comercializado pela farmácia possui na sua ficha, “FICHA DO PRODUTO”, além da sua informação científica (já abordada acima), informação sobre *stocks* mínimos e máximos, ajustados pela análise do histórico de compras e vendas, sazonalidades, pedidos de utentes fidelizados à farmácia e pelo recurso a uma folha presente na farmácia intitulada de “Registo de Não Vendas” (Anexo XII). Nesta folha são registados os produtos que não se venderam, juntamente com a data, o código, o nome desse produto, a quantidade, o motivo e se o utente quis deixar reservado ou não (Anexo XIII). Assim, acontecimentos individuais, e aparentemente pontuais, são analisados e permitem determinar a viabilidade, ou não, da alteração do *stock*, e assim permitir o normal fornecimento dos serviços ao utente.

Os produtos são adquiridos através de seis tipos de encomendas (diária, encomenda tipo, reforço de stock, direta, esgotados e manual) na seção “GESTÃO ENCOMENDAS”. A encomenda “DIÁRIA” é gerada pelo SIFARMA 2000 e reúne todos os produtos da farmácia que se encontram em *stock* abaixo da quantidade máxima e formata o pedido para o fornecedor preferencial (registado na ficha do produto). A “ENCO. TIPO” é resultante de uma junção de produtos específicos que são selecionados e destinados a um fornecedor com entrega em periodicidade selecionada. A encomenda de “REFORÇO STK” envolve a análise do consumo num dado espaço de tempo, gerando a encomenda (podendo ou não ser simultaneamente com a diária), entre outras possibilidades, mensal ou trimestralmente. O tipo de encomenda “DIRETA” é aquele destinado a determinados laboratórios de acordo com as periodicidades necessárias. No ato da receção das encomendas, todos os produtos que não são enviados, são

marcados como esgotados, assim, quando se escolhe o tipo de encomenda “ESGOTADOS”, a mesma recolhe todos os produtos marcados como tal e reúne a informação para gerar a encomenda global. Por último, a encomenda “MANUAL” é realizada para os produtos que foram encomendados verbalmente ou pelo recurso informático exterior ao SIFARMA 2000.

Independentemente do tipo de encomenda, o programa identifica as condições, ou seja, a existência de desconto direto no produto e bonificação, a existência de novos produtos no mercado (podendo condicionar o pedido de outro), o PVF de cada fornecedor e marketing promocional pela farmácia e pelos média. Em função de toda esta análise, poder-se-á eliminar ou adicionar uma maior quantidade de produto à determinada pelo SIFARMA 2000 ou transferir o pedido para outro fornecedor que ofereça melhores condições. O raciocínio apresentado efetua-se encomenda a encomenda, fornecedor a fornecedor, pelo que nada é estático.

À margem de todo este sistema, encontram-se alguns produtos de cosmética, veterinária e ortopedia. Nestes casos existe um contato direto com o delegado de vendas responsável pela representação do laboratório em questão na farmácia. É a ele que se efetua a encomenda, aguardando-se a receção dos produtos nos dias seguintes.

5.2. Receção e verificação de encomendas

Os produtos são entregues acondicionados em caixas, cuja dimensão se adequa à sua quantidade, vulgarmente designadas por “Banheiras”. No seu interior, em caso de necessidade, os produtos são transportados em embalagens térmicas que permitem manter a temperatura ideal dos medicamentos que necessitam de refrigeração durante o seu transporte. Na Farmácia do Cavaco, quando as “Banheiras” são entregues opta-se por abri-las (pois encontram-se lacradas), retirando-se imediatamente os produtos que necessitam de refrigeração para uma secção no frigorífico com a designação “ENCOMENDAS”, até que haja oportunidade de rececionar toda a mercadoria. O processo de receção e verificação de encomendas, bem como a posterior arrumação dos produtos é da responsabilidade dos farmacêuticos presentes em cada turno e não de uma única pessoa. Como já referido, este foi o local pelo qual iniciei a minha atividade como estagiária na farmácia.

As encomendas, na sua maioria, vêm com a fatura e o seu duplicado, com a exceção do distribuidor PLURAL e COOPROFAR que tem um único documento. Quando os produtos são entregues unicamente acompanhados das guias de transporte, é necessário aguardar a chegada da fatura.

No caso de existir dois documentos, o original e o duplicado, o primeiro é arrumado na secção correspondente ao fornecedor e ao documento (para posteriormente ser enviado à contabilidade) e o duplicado fica na posse da farmácia. Se a encomenda já tiver sido efetuada a mesma estará na secção de “RECECÇÃO DE ENCOMENDAS” identificando o nome do distribuidor, o número interno associado (o qual em muitos casos vem identificado na fatura,

principalmente nos casos das vias verdes), a data e a hora da encomenda. Por outro lado, se foi pedida verbalmente ou com recurso a um sistema informático instalado na farmácia, associado ao distribuidor COOPROFAR, intitulado de GADJET (armazém online utilizado quando a farmácia não tem um produto ou necessita de ver a sua disponibilidade), a encomenda necessita de ser criada manualmente na seção “GESTÃO DE ENCOMENDAS” e posteriormente “ENVIAR/REENVIAR EM PAPEL” para que se rececione os produtos no local anteriormente abordado.

O primeiro passo para a receção da encomenda é a colocação do número da fatura e do valor total da mesma. Adicionalmente, são identificadas outras informações como: o nome do produto, o código nacional do produto, a quantidade encomendada, a quantidade enviada, a justificação, no caso de existir um diferencial entre as quantidades encomendadas e as quantidades rececionadas (produto esgotado, rateado ou descontinuado), o PVF unitário e total, a percentagem de imposto sobre o valor acrescentado (IVA), o IVA total, o preço de venda ao público (PVP) (no caso dos produtos que não são de venda livre), possíveis descontos, o valor final da fatura e, no caso do distribuidor COOPROFAR, o valor de FEE logístico.

Para cada produto encomendado há que verificar: a) o estado da embalagem; b) a quantidade fornecida e, se a mesma ultrapassar a quantidade encomendada, se foi ou não enviada como bónus; c) o PVF com aplicação ou não de descontos; d) o preço impresso na cartongem; e) a validade, alterando os dados presentes no SIFARMA 2000 quando o produto está a zero na farmácia e em casos de prazos de validade inferiores aos produtos já existentes no stock, sendo atualizada a ordem de armazenamento (ressalvando-se que prazos inferiores a seis meses o produto é devolvido). O cálculo do PVP é outro fator adicionado quando nos referimos aos produtos de venda livre (critérios expostos posteriormente).

No caso de estupefacientes e psicotrópicos todo o processo de receção é igual (no final da encomenda o número da fatura é gravado pelo SIFARMA 2000). Adicionalmente é fornecida uma folha (encomenda a encomenda na COOPROFAR e mensalmente nos outros fornecedores) que contem os dados da farmácia, o número da requisição e a identificação das substâncias, pela marca comercial, a denominação comum internacional (DCI), a forma farmacêutica e a dosagem. Cabe à diretora técnica ou à farmacêutica adjunta assinar todos os documentos, validar com o seu número de inscrição na OF, datar e carimbar. Após o processo descrito, o duplicado será enviado ao fornecedor e o original arquivado na farmácia, em capas identificadas, durante um período de pelo menos 3 anos (Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro). Aos arquivos são associados os relatórios trimestrais que devem ser enviados ao Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, (alínea 2) do artigo n.º 18 do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro). (17,18)

No momento da finalização da receção da encomenda, o duplicado da fatura, é assinado por quem realizou a receção da encomenda (dupla validação, além do código de entrada no SIFARMA 2000), registando a data da receção. Os produtos não enviados, na sua maioria, são

marcados como esgotados (ou classificados como inativos, alterando-se o seu stock mínimo e máximo para zero, no caso de produtos descontinuados) e a informação é enviada para o INFARMED para desencadear um sinal de alerta.

5.3. Atribuição de preços

A atribuição de preços apenas cabe à farmácia no caso dos produtos encomendados não terem o PVP impresso na cartongem, ou seja, produtos com IVA de 23% (produtos de dermocosmética, higiene, puericultura, dietéticos, entre outros) e medicamentos de venda livre, ou seja, MNSRM e dispositivos médicos com IVA a 6%.

Para o cálculo do preço de venda têm-se em conta o IVA do produto, a existência de mais produtos da mesma gama, mas também o limite máximo aplicável de margem imposto pelo INFARMED (Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto e Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho). (16,22) Neste sentido, o cálculo do PVP será determinado pela seguinte equação (Equação 1):

$$\text{PVF} \times \text{Margem de Comercialização} \times \text{IVA (1)}.$$

Deste modo, no momento da receção da encomenda faz-se o registo do valor obtido com o cálculo no SIFARMA 2000 e imprime-se a etiqueta para o produto. Ao colar a etiqueta na cartongem, a mesma não pode ocultar qualquer informação como, por exemplo, prazos de validade, composição ou lote e, ao mesmo tempo, sempre que possível, deve evitar-se colocar na cartongem frontal para que, nos casos de exposição do produto, a sua visualização não seja alterada.

5.4. Critérios e condições de armazenamento

Finalizada a receção da encomenda há que conservar os medicamentos segundo as suas especificações: temperatura ambiente em graus celsius entre 15-25°C ou no frigorífico 2-8°C; humidade abaixo dos 60% e luminosidade adequada. Na zona de atendimento, no frigorífico e no armazém, a farmácia possui termohigrómetros ligados durante 24 horas, que registam os valores de temperatura e humidade (padronizados segundo a generalidade do RCM), sendo que os registos devem permanecer durante um período de três anos.

Os produtos estão armazenados em diferentes locais, a sua maioria em gavetas deslizantes, divididas em várias seções:

- Águas do mar, Soros, Aspiradores nasais, Águas de limpeza auricular;
- Ampolas Bebíveis;
- Desinfetantes;
- Higiene corporal;
- Higiene íntima;

- Injetáveis;
- Medicamentos de Uso Auricular;
- Medicamentos de Uso Nasal/Inaladores;
- Medicamentos de Uso Ocular;
- Medicamentos sujeitos a receita médica;
- Medicamentos não sujeitos a receita médica;
- Psicotrópicos e Estupefacientes;
- Seringas;
- Vários;
- Xaropes.

Dentro de cada gaveta, os produtos estão organizados por ordem alfabética e o primeiro e o último produto encontram-se inscritos no exterior da mesma (medicamentos genéricos encontram-se arrumados pela DCI e respetiva dosagem). As vacinas, insulina, alguns colírios, xaropes, cremes e outro tipo de preparações encontram-se sob refrigeração no frigorífico, por ordem alfabética e segundo categorias.

Os produtos de puericultura, de cosmética e dermocosmética, veterinários, dietéticos, os medicamentos homeopáticos, alguns dispositivos médicos (os restantes dentro de armários), emplastos ou outros elementos relacionados com o desporto estão expostos na zona de atendimento. Nos armários do laboratório, próximo de todo o material necessário à sua preparação e devidamente identificados com a sua composição, encontram-se as matérias-primas para a preparação de manipulados. Independentemente da forma de armazenamento, é de garantir que nenhum produto toque no chão e que todas as prateleiras estejam corretamente identificadas.

Assim, sejam produtos de saúde ou medicamentos, os mesmos são arrumados segundo a regra FEFO (“*first expired, first out*”), logo, produtos com validade mais próxima de ficarem vencidos são colocados à frente (mesmo que tenham chegado depois) para se tornarem mais acessíveis no momento da dispensa.

Contudo, determinados produtos são adquiridos em quantidades superiores ao espaço disponível. Nestes casos são guardados no armazém, respeitando as mesmas regras: ordem alfabética, FEFO e as diferentes divisões, no sentido de facilitar a procura e tornar o armazém um local organizado e seguro.

5.5. Controlo dos prazos de validade

A validade de um medicamento ou produto de saúde tem como objetivo informar não só o utente mas também o farmacêutico de que o produto se encontra dentro de um período em que o seu estado apresenta qualidade e o seu uso não acarreta uma discrepância nos resultados obtidos. Apesar de todos os estudos efetuados ao nível dos *stocks*, das quebras

efetuadas no ano anterior e da análise das tendências existentes nas diferentes sazonalidades, nem sempre é possível prever com exatidão o consumo de um dado componente.

O controlo dos prazos de validade permite uma análise dos produtos próximos de perderem o máximo de garantia de segurança que lhe seja possível atribuir. Com o recurso ao programa SIFARMA 2000, tendo em atenção que o mesmo regista a validade mais próxima do produto a expirar, é pedido uma lista de todos os produtos (existentes em *stock*) a expirar nos próximos três meses. Em seguida, é efetuada uma análise da validade de todos esses produtos. Se as mesmas forem superiores à indicada informaticamente (pois aquando da receção não é possível saber se o produto de armazém tem ou não a validade registada e, neste sentido, não se pode proceder à alteração) corrige-se no sistema (com a validade mais baixa identificada). Caso a validade esteja próxima do fim, ou seja, produtos com validade inferior ou igual a três meses, são separados dos que têm validade superior. Excetua-se desta regra os medicamentos de uso veterinário, que são separados quatro meses antes de expirarem o seu prazo de validade; os produtos alimentares, que são devolvidos no próprio mês; e as tiras de glicémia, que são devolvidas cinco meses antes de terminarem o prazo.

Os produtos retirados (que se enquadram nas especificações acima referidas) são colocados à parte, num armário completamente distanciados de todos os outros produtos (presente no quarto de descanso), para que aí fiquem armazenados até à sua devolução ao laboratório, como justificação “FORA DE VALIDADE”, ou, nos casos em que o laboratório já não aceita estas condições, efetuar-se-á quebra. Nos psicotrópicos e estupefacientes, este processo é realizado com igual ponderação mas, adicionalmente, os mesmos são lacrados em sacos, para o processo de devolução.

Na presença de erros de *stock*, vantagem adicional ao controlo dos prazos de validade, as discrepâncias existentes são identificadas numa folha destinada a este fim (Anexo XIV) para que se identifique a origem do problema em causa.

5.6. Devoluções

O processo de devolução aos fornecedores pode ocorrer no momento imediato à receção da encomenda ou num período mais tardio.

Neste processo, o recurso ao programa SIFARMA 2000 também é essencial. Através dele faz-se a devolução de um ou mais produtos (com identificação do preço de venda e de custo e a taxa de IVA) para um fornecedor específico, identifica-se a causa (o próprio sistema informático obriga a esta situação) e depois, através da consulta do histórico de compras e vendas, identifica-se a “ORIGEM” pelo número da fatura à qual está associado o envio do produto. Para completar o processo é efetuada uma comunicação à Autoridade Tributária e são criados três documentos: o original e duplicado, que são enviados ao fornecedor e o triplicado, que fica na farmácia. Os três documentos contêm a identificação, os dados do preenchimento, os

dados da farmácia, o número da nota de devolução e o operador, e posteriormente são carimbados e assinados pela pessoa que realizou a devolução. Nesta metodologia, existe dois casos com condições mais específicas. É o caso das devoluções à COOPROFAR em que é necessário um contato prévio com a empresa para que a mesma autorize a devolução (em casos de produtos danificados) e o caso da distribuidora Alliance Healthcare™, que coloca um autocolante da empresa nas três folhas antes de levantar uma devolução.

O fornecedor analisa a situação que motiva a devolução e promove uma das três resoluções possíveis para a farmácia: a) a não aceitação do produto, isto é, o produto é devolvido à farmácia no caso de laboratórios que não aceitam produtos fora do prazo de validade e estes posteriormente vão para quebra; b) a nota de crédito (é reposto o valor do produto); c) e a troca de produto, seja pelo fornecimento de produtos iguais - no caso de estarem fora da validade e o laboratório aceitar - ou produtos diferentes, os quais obrigatoriamente têm de ser identificados na regularização da nota de devolução.

Não casos em que o produto é retirado, o mesmo é recolhido do mercado, segundo circulares informativas ou portarias provenientes do INFARMED, ou mediante circulares informativas provenientes do armazenista ou fornecedor. Caso a farmácia disponha do produto, o mesmo deve ser colocado de parte e devidamente devolvido.

Ao longo do meu estágio, as devoluções efetuadas centraram-se em erros de pedido, preço elevado, embalagens danificadas, erro no produto enviado e produtos fora de validade (podendo ainda se incluir prazo de validade reduzido, produto alterado e uma classificação de “OUTROS”, nos casos que não se englobam nos termos referidos).

6. Interação Farmacêutico, utente e o medicamento

6.1. Comunicação com o utente

A cedência de um medicamento não é um mero ato de entrega de um produto. Constitui o momento no qual o farmacêutico é responsável por fornecer toda a informação necessária à melhoria da qualidade de vida e da saúde do doente. (13) Uma boa formação científica do farmacêutico é extremamente essencial neste processo, mas ele também deve possuir uma boa capacidade de comunicação e relacionamento com o doente. Princípios éticos, como o sigilo profissional, e técnicos são evocados de forma constante nesta profissão. Só desta forma será possível conciliar as preocupações individuais de cada um com a informação necessária à promoção do uso racional do medicamento e será fornecido um aconselhamento farmacêutico adequado.

Como já referido, a Farmácia do Cavaco recebe uma grande rotatividade de clientes, de diferentes faixas etárias, classes sociais, graus de escolaridade, conhecimentos técnicos e etnias. A adequação da postura, da expressão facial e da linguagem do farmacêutico é essencial para que o doente saia com a informação corretamente fundamentada e sem dúvidas que levem a possíveis efeitos secundários ou à não adesão à terapêutica. A comunicação é o ponto fulcral em todo o procedimento e está sempre presente. A expressão verbal deve ser feita de forma clara e adequada para cada caso, pois só assim existirá um correto aconselhamento, quer em produtos destinados à automedicação quer em casos de tratamento de patologias crónicas, uma vez que a regularidade não implica a eliminação de possíveis erros associados à toma do medicamento. Erros na prestação de informação implica, em muitos casos, a perda da confiança e proximidade do utente ao farmacêutico, sendo que, em casos mais graves, como o não cumprimento do Código Deontológico dos Farmacêuticos, o profissional de saúde pode ser punido pelo INFARMED. (13)

Manifestar confiança, determinação e assertividade é importante num atendimento. No decorrer do estágio tive oportunidade de otimizar estas qualidades nas mais variadas situações, das quais destaco a visualização de atendimentos e o início de atendimentos com supervisão. Sendo este estágio completo em FC, vivenciei vários períodos característicos de aconselhamento para sintomas gripais e alergias, pedidos de suplementos para o sistema nervoso central e cuidados dermatológicos. Independentemente das situações, muitas são as questões abrangentes a considerar: a idade da pessoa que vai tomar o medicamento (criança, adulto ou idoso), a toma de outros medicamentos em simultâneo, o historial de alergia a alguma substância, a duração da sintomatologia e, muito frequentemente, questões mais específicas como, por exemplo, se tem ou não diabetes *mellitus* como patologia, se a tosse é com ou sem expetoração, se há recorrência de afeções conjuntivais, se usou previamente algum suplemento, qual o tipo de pele - seca, mista, oleosa- com rosácea ou atópica.

Contudo, nem sempre é o farmacêutico a fornecer a informação por iniciativa própria, muitas vezes é o utente que necessita de determinado conhecimento e recorre à farmácia como

fonte fidedigna de informação. Ao longo do estágio surgiram vários pedidos de informação relacionados com a toma dos medicamentos (pedidos solucionados através da complementaridade da informação verbal com a informação escrita na embalagem do medicamento), qual o uso a que se destinavam, como funcionavam determinados dispositivos médicos (câmaras expansoras, inaladores, tensiómetros, glicosímetros), mas também que atitude tomar perante relações sexuais desprotegidas.

Em suma, a ação do farmacêutico perante os MSRM e MNSRM é no sentido da educação para a saúde, da promoção e prevenção da doença, da adesão a medidas não farmacológicas e farmacológicas, da análise de possíveis contraindicações, efeitos adversos e possíveis interações mais relevantes. O SIFARMA 2000 contém informação sucinta relativa aos aspetos acima referidos e auxilia na análise de possíveis interações com outras substâncias medicamentosas. Contudo, se o farmacêutico disponibilizasse toda esta informação, em todos os casos, ocorreria uma grande perda de tempo e, adicionalmente, elevaria a preocupação do doente a ponto de abandonar a terapêutica. Logo, o farmacêutico é responsável pelo equilíbrio da informação que deve ou não ser cedida.

6.2. Farmacovigilância

Nos primeiros momentos da introdução do conceito, a farmacovigilância era vista como um processo demorado de registo de uma possível reação adversa medicamentosa (RAM) e sem benefício acarretado. (23) Atualmente, tanto doentes (Circular Informativa n.º 034/CD, de 15 de fevereiro de 2012) como profissionais de saúde ou até os titulares da autorização de introdução no mercado (AIM) podem efetuar o registo de RAM pelo preenchimento do formulário disponível on-line no site do INFARMED (entidade responsável pela aplicação do Sistema Nacional de Farmacovigilância). (24-26)

Na atualidade, o medicamento tem de passar por inúmeros exames antes de estar disponível para o doente. Contudo, só no mercado é que o mesmo é utilizado por uma grande variedade de indivíduos (superior à apresentada nos ensaios clínicos). Assim, uma recolha pontual de uma RAM (em função da duração; gravidade; evolução; medicamento suspeito; data de início e suspensão do medicamento; lote, via de administração; indicação terapêutica; outros MSRM e MNSRM que esteja a tomar ou até patologias do doente), pode, graças a uma recolha sistemática de toda a informação e avaliação científica pelo INFARMED, culminar em ações corretivas, seja através de comunicações informativas aos profissionais de saúde e titulares de AIM, seja através da alteração do folheto informativo, da restrição de uso, da suspensão temporária de AIM e, em casos mais graves, da revogação de AIM. (27)

Contudo, alguns medicamentos possuem no seu folheto informativo um triângulo invertido, de cor preta, que apesar de possuírem igual segurança, eficácia e qualidade, têm, comparado aos que não o possuem, uma monitorização adicional, por três possíveis razões: ser uma nova substância ativa autorizada na União Europeia após 01 de janeiro de 2011; representar um

medicamento biológico; ou pelo fato de existir uma autorização condicionada até que se apresentem os resultados do medicamento relativos à sua utilização a longo prazo e no caso de ocorrer efeitos secundários raros nos ensaios clínicos. (28, 29)

No decorrer do estágio, no âmbito da monitorização adicional, tive contato com alguns dos produtos presentes na lista de medicamentos sujeitos a esta condição (última atualização 22/02/2017), de entre os quais: Bexsero, Bretaris Genuair, Brimica Genuair, Forxiga, Gardasil 9, Jentaduetto, Protelos, Relvar Ellipta, Xarelto, Xigduo e Zoely. (30)

6.3. Medicamentos fora de uso

Na Farmácia do Cavaco existem três pontos de recolha de produtos fora de uso ou fora do prazo de validade: um no hall da farmácia, onde os utentes podem colocar os medicamentos sem entrar no interior da mesma; outro próximo dos balcões de atendimento, onde se colocam as caixas vazias que os utentes trazem para identificar os produtos; e um terceiro ponto no interior da farmácia, onde se colocam os medicamentos e produtos de saúde que resultaram de quebras de produtos da farmácia ou eliminação de amostras já fora do prazo de validade.

Quando os pontos de recolha se encontram cheios, são pesados, selados e identificados para posteriormente serem recolhidos (faz-se um registo através de um impresso com informações acerca da data, do distribuidor responsável e do peso, sendo que o triplicado desse documento fica na farmácia) e reencaminhados para o VALORMED. Este processo garante uma recolha segura dos produtos, evitando a sua eliminação juntamente com o resíduo urbano, questão de saúde pública. (31)

Apesar de muitas pessoas já estarem sensibilizadas para o ato de entrega dos medicamentos fora de uso nas farmácias, no decorrer do estágio questionaram-me se os produtos que colocavam nestes contentores eram novamente reaproveitados para venda e se os laboratórios mudavam unicamente a embalagem. Aquando desta dúvida, foi necessário sensibilizar o doente de que essa ação não ocorre, mas que se trata antes de um processo de triagem que resulta na separação do material enviado para a reciclagem, como é o caso da cartonagem, que pode seguir o normal tratamento ambiental, do restante material, que é incinerado. (31)

7. Dispensa de medicamentos

O processo de dispensa clínica de medicamentos é um ato em que o farmacêutico avalia de forma global toda a situação, seja por receita média (receita sem papel, materializada ou manual) ou sem receita médica (aconselhamento ou automedicação), no sentido de evitar possíveis PRM. Neste sentido, o farmacêutico será essencial na dispensa de informação relativamente à farmacoterapia da medicação, condições clínicas subjacentes bem como no processo de uso dos medicamentos. (32,33)

Os medicamentos são classificados como MSRM (alínea 1) do artigo n.º 144 do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto) quando:

- Constituem um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo se usados para o fim a que se destinam, mas sem vigilância médica;
- Constituem um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando utilizados com frequência e quantidades elevadas para fins diferentes daqueles a que se destinam;
- É indispensável aprofundar a atividade ou as reações adversas de determinadas substâncias, ou preparações à base dessas substâncias;
- Se destinam a uma administração por via parentérica. (16)

Alguns medicamentos são classificados como MNSRM, sendo que o seu processo de cedência acarreta diferentes cuidados mas iguais ponderações.

7.1. Medicamentos sujeitos a receita médica

Vários são os medicamentos e produtos de saúde que podem ser prescritos numa receita médica, nomeadamente estupefacientes e psicotrópicos (prescrição obrigatória), mas também produtos dietéticos, produtos de autocontrolo (na diabetes *mellitus*), fraldas, sacos de ostomia ou até suplementos alimentares, apesar dos mesmos não serem comparticipados (questão abordada posteriormente). (34)

No processo de dispensa, antes da cedência de qualquer produto, têm de ser verificados alguns pontos essenciais de modo a evitar inconformidades. No decorrer do estágio tive a oportunidade de contactar com todos os tipos de receita, embora a maioria correspondesse a receitas eletrónicas desmaterializadas. (Esquema 2). (32,34)

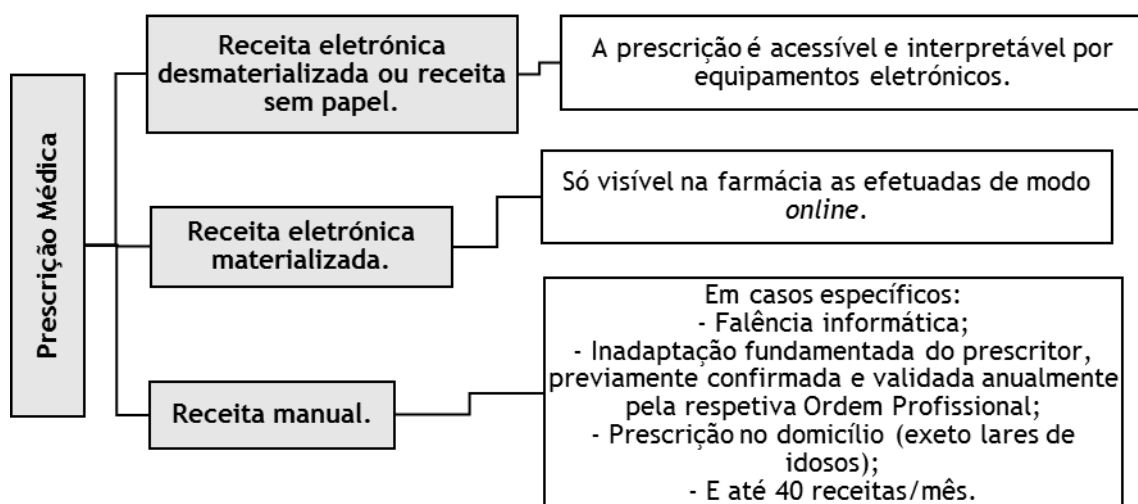


Figura 11 - Prescrições médicas. (32,34)

A mudança para receitas eletrônicas desmaterializadas tem três grandes objetivos: primeiro, aumentar a segurança na dispensa do medicamento, já que as manuais poderiam levar a erros de interpretação; segundo, melhorar a comunicação entre profissionais de saúde (aquando da seleção do produto todos podem ver as mesmas possibilidades e transmitir informação semelhante ao utente); terceiro, prescrever para patologias crónicas. Este último fator, permite a prescrição de medicamentos sem que a receita perca a validade por um período de seis meses e é aplicado também a outros produtos que se encontram listados para tratamentos de longa duração (tabela 2 da Deliberação n.º 173/CD/2011, de 27 de outubro e produtos destinados ao autocontrolo da diabetes *mellitus*). Esta validade já era permitida, excetuando as receitas manuais, aquando de uma prescrição eletrónica materializada pela impressão de 3 vias. (34,35)

7.1.1. Regimes de comparticipação

A comparticipação é atribuída tanto a MSRM como a MNSRM, no caso de patologias que assim o justifiquem, como, por exemplo, a paramiloidose. Contudo, o valor associado dependerá de Decretos-lei e de regimes que determinem o total de comparticipação (Esquema 3). (1,16)

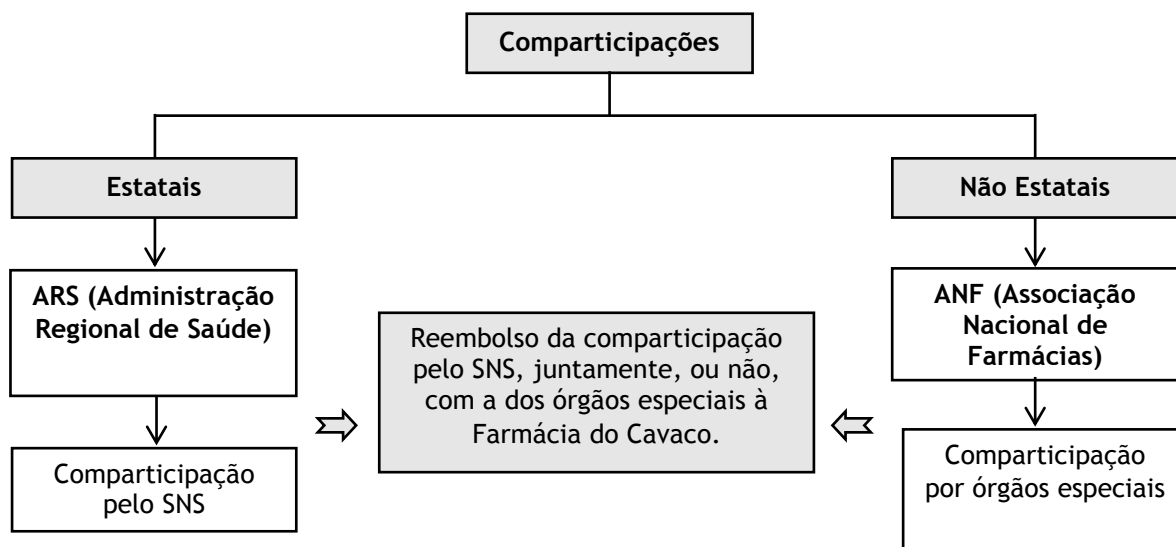


Figura 12 - Comparticipações aplicadas nas prescrições médicas. (1,16)

O tipo de comparticipação aplicado pode ser inserido manualmente com recurso ao SIFARMA 2000. No caso de receitas manuais, após análise no campo destinado a este fim, ou de forma já automatizada, nas receitas eletrónicas materializadas e desmaterializadas.

A comparticipação estatal envolve subsistemas como ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado), ADM (Assistência na Doença aos Militares), PSP (Polícia de Segurança Pública) e GNR (Guarda Nacional Republicana), com os quais tive oportunidade de contactar. Nos casos em que o utente tem um regime de complementaridade (comparticipação por duas entidades diferentes), tendo como exemplo o SNS (Sistema Nacional de Saúde) SAMS (serviço Assistência Médico-social - Quadros Técnicos), é de responsabilidade do doente apresentar um cartão comprovativo desta condição para que se insira, mais uma vez com recurso à seção de “PLANOS” do SIFARMA 2000 (como, por exemplo, SNS-01 e J1-SAMS), o código associado à comparticipação não estatal e se adicione o número do cartão do doente em questão. Como ocorre uma impressão em duplicado, no caso de receitas ainda manuais, é necessário tirar uma cópia da receita para juntar a esta impressão, para que as duas entidades, consoante a parte que comparticipam, promovam o retorno à farmácia.

Existem, ainda, casos especiais, nos quais o utente beneficia de determinados componentes graças a Despachos ou Portarias para dadas patologias, como é o caso da dor crónica, Despacho n.º 10280/2008 (receitas manuais identificadas com a letra “O”) e ainda a legislação aplicável a lancetas, tiras e máquinas de medição da glicémia, para doentes com diabetes *mellitus* (Anexo XV). (36)

No decorrer do meu estágio foi aplicada uma nova legislação que provocou uma entropia inicial justificada pela não concordância entre o sistema informático dos médicos e o das farmácias (receitas eletrónicas com comparticipação não reconhecida). Doentes ostomizados (Portaria n.º 284/2016) e doentes com incontinência urinária ou retenção urinária (Portaria n.º 92-E/2017) passaram a usufruir de dispositivos médicos (listados no anexo da Circular n.º

0481/2017, de 10 de abril) com comparticipação de 100%, desde que a receita fosse prescrita em unidades do Sistema Nacional de Saúde, com a vinheta identificadora do local, fizesse referência às portarias acima mencionadas e identificasse os dispositivos através da identificação da marca, modelo e referência do dispositivo médico. (37-39) Se todos os requisitos estivessem em cumprimento era inserido o plano dos ostomizados (“DO - SNS-DO - Dispositivos Ostomia”) e feita a comparticipação. Até ao momento de finalização do meu estágio, as receitas eletrónicas ainda não reconheciam a comparticipação direta.

7.1.2. Medicamentos sujeitos a receita médica especial

Todos os medicamentos e serviços prestados pelo farmacêutico requerem elevada atenção. Quando nos referimos a estupefacientes, psicotrópicos, substâncias novas pouco estudadas, bem como a medicamentos de receita médica restrita (nomeadamente os medicamentos de uso hospitalar exclusivo, ou em uso ambulatorio, mas que a sua utilização possa causar efeitos adversos muito graves), a ação do farmacêutico deve ser redobrada.

Os psicotrópicos e estupefacientes provocam dependência e se incorretamente fornecidos podem promover a toxicodependência e abuso ou o seu uso para fins ilegais. Neste sentido, o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, legisla todos os cuidados necessários. (16-18) No documento as Tabelas I e II referem quais os medicamentos que podem ser cedidos perante a apresentação da receita médica e a Tabela IV as substâncias que podem ser sujeitas a receita médica especial sempre que a saúde possa ser posta em causa. Quando este tipo de medicamentos é prescrito pelo médico e o doente consome outro tipo de fármacos, os mesmos devem constar de outra receita. Nas receitas é possível identificar estes compostos não só pela substância ativa mas também pelas letras “RE”, o equivalente a receita especial. Se as receitas não obedecerem às condições previstas legalmente, o farmacêutico deve recusar-se a ceder o produto.

Quando a receita é válida, ao processar a mesma, para finalizar o atendimento, o SIFARMA 2000 obriga ao preenchimento de um formulário onde se colocam os dados do doente que irá receber o medicamento, assim como de quem o está a levantar (mesma pessoa ou diferente de quem irá consumir), pois sem todas as indicações (número da receita, nome do médico prescriptor, número da ordem do médico, nome e morada do doente, nome, morada, número e validade do bilhete de identidade e idade do adquirente) não é possível efetuar o pagamento nem a cedência do produto. Adicionalmente, nas receitas eletrónicas materializadas é necessária a impressão do verso na receita, contudo nas mais recentes este fator não acontece. Assim, no final do atendimento, juntamente com o talão da fatura, são emitidos dois documentos correspondentes à cedência dos psicotrópicos/estupefacientes, com a atribuição de um número específico que deve ser anexado às cópias das receitas (se assim se aplicar) ou apenas guardado (em receitas eletrónicas mais recentes) para posterior envio ao INFARMED. Juntamente com os talões imprimidos anteriormente (sendo que um fica para a

farmácia), trimestralmente é enviado à entidade competente o resumo das entradas e saídas desta classe farmacológica (impressão em duplicado para que um fique na farmácia), devidamente carimbado e rubricado pelo operador e no mesmo envelope de envio para que o controlo seja ainda mais maximizado.

7.1.3. Interpretação, validação e conferência de receitas médicas

A dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica requer uma elevada responsabilidade na análise das receitas (vários tipos já identificados no Esquema 2) por parte do farmacêutico e, no caso de existência de alguma inconformidade, é de autonomia do profissional de saúde poder negar a cedência dos produtos (regras aprovadas pela Portaria n.º 198/2008 de 28 de maio). (40)

A receita eletrónica em papel envolve a análise geral do documento e um estudo da prescrição farmacoterapêutica que, juntamente, vão permitir a validação da prescrição médica (Anexo XVI). Na análise é necessário ter em conta:

- A receita, que deve estar intata e sem correções ou rasuras (se as tiver devem estar rubricadas pelo médico prescriptor) e deve conter o número da receita, local de prescrição e tipo (normal, especial, entre outras);
- O utente, que deve estar identificado com nome, número do utente, número de beneficiário da entidade financeira responsável e regime de comparticipação (“R” - pensionista (Anexo VII), “O” - regime especial de comparticipação e respetivo Despacho junto à designação dos medicamentos);
- O médico prescriptor, que deve identificar-se através do nome, da especialidade médica (se assim for o caso), do número de cédula profissional, contato telefónico e assinatura no final da receita;
- A data da prescrição: com indicação de receita normal ou renovável;
- A validade associada: 30 dias nas receitas eletrónicas manuais - das quais podem ser emitidas 3 vias devidamente identificadas (“1.ª via”, “2.ª via” e “3.ª via”), passando a validade a ser de seis meses a contar da data de prescrição. (32,34,36)

Após esta fase inicia-se uma avaliação dos fármacos a dispensar onde deve estar identificado:

- O DCI, se aplicável, nome comercial do medicamento ou do respetivo titular de autorização de introdução no mercado e número de registo do medicamento representado em dígitos e código de barras;
- A dosagem, forma farmacêutica e dimensão da embalagem (se não indicada é de responsabilidade do profissional de saúde ceder a de menor dimensão disponível no mercado);
- O intervalo de administração e duração do tratamento;

- O número de embalagens (máximo de duas por medicamento, exceto nas embalagens individuais onde é permitida a dispensa de quatro embalagens, nunca esquecendo um máximo de quatro embalagens por receita, Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio) em forma numérica e por extenso. (32,34,36)

Por fim, as receitas podem ainda ter exceções (inserção igualmente proporcionada pelo SIFARMA 2000), que servem como justificações por parte do prescriptor:

- Alínea a): medicamentos com margem ou índice terapêutico estreito (impede o direito de opção);
- Alínea b): reação adversa prévia (impede o direito de opção);
- Alínea c): continuidade de tratamento superior a 28 dias (que permite a aquisição do direito de opção desde que o preço do medicamento seja igual ou inferior ao indicado). (32,34,36)

No final do atendimento é impresso no verso da receita o comprovativo da cedência, que deve ser assinado pelo utente a quem estamos a ceder o medicamento. Se o mesmo não souber assinar coloca-se a designação “P” antes da assinatura e o farmacêutico poderá assinar pelo próprio. De seguida o profissional de saúde que fez a dispensa, verifica o número da receita e as substâncias dispensadas e, se em conformidade, o mesmo carimba o verso da folha, data e assina o documento. No final do dia, o farmacêutico responsável pela recolha de todas as receitas dos postos de atendimento, confere mais uma vez os produtos e a veracidade da receita médica, organizando-as por lotes e organismos. Sempre que um lote está completo imprime-se o verbete do mesmo, carimba-se e assina-se esse documento. Estando regularizado, o conjunto dos documentos é guardado numa gaveta destinada a este fim, até ao final do mês, momento no qual se fecha a faturação (processo explicado posteriormente).

Grande parte deste trabalho e a iminente possibilidade de erros foram minimizadas pela imposição de receitas eletrónicas desmaterializadas (Anexo XVIII), a partir do dia 01 de abril de 2016 pelo Despacho n.º 2935-B/2016. (43) Estas acarretaram grandes vantagens, algumas já referidas e às quais se pode adicionar: a prescrição de medicamentos não comparticipados e comparticipados; a prescrição de mais de quatro medicamentos por receita; o facto de ser único documento que inclui toda a terapêutica e que o doente pode levar para casa para consultar; a oportunidade de levantar imediatamente todos os medicamentos ou de os levantar mais tardiamente (desde que a receita esteja dentro da validade); e o facto de poder obter os produtos em diferentes farmácias consoante lhe forneça maior conforto, sem qualquer prejuízo próprio. Neste tipo de prescrição há a diferença de existir dois códigos, o “Código de Acesso e Dispensa”, que funciona como uma palavra-passe que valida a dispensa dos medicamentos e o “Código de Direito de Opção”, aplicado nos casos onde há possibilidade de opção de um medicamento genérico e, de entre os mesmos, qual é o que deseja (só assim será possível a dispensa do medicamento). A receita sem papel poderá ser impressa numa

guia de tratamento, no ato da consulta médica, ou em casa através do acesso à área do Cidadão no Portal da Saúde, desde que devidamente registado, Ainda numa fase de adaptação, a prescrição médica é enviada para o correio eletrónico ou para o telemóvel indicando toda a informação necessária (número da receita e os códigos) para que a farmácia consiga aceder.

Pela exploração do SIFARMA 2000 foi possível descobrir a funcionalidade de impressão do número de medicamentos que ficam por dispensar numa receita, sendo que nesse documento é identificado o número da receita médica e a existência de um espaço para colocar os códigos (registo manual). Este documento simplista proporciona uma segurança adicional ao doente no caso do mesmo se esquecer do telemóvel ou eliminar a mensagem enviada com os dados necessários (Anexo XIX).

Contudo, apesar do que atualmente está imposto, nenhuma das opções de prescrição referidas surge com frequência, adotando-se antes a receita manual (Anexo XX). Este tipo de prescrição é somente utilizado em casos justificados de falência informática; inadaptação fundamentada do prescritor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva Ordem Profissional; prescrição ao domicílio; ou até 40 receitas por mês. (34) Nestas, a atenção deve ser redobrada aquando da leitura do medicamento e na sua validação já que existem medicamentos com nomes muito semelhantes e podem ocorrer equívocos. Deve ter-se em conta:

- A vinheta e cor identificativa do local de prescrição e do médico;
- A identificação da especialidade médica (se aplicável), do contacto telefónico do prescritor (para dúvidas de prescrição) e a sua rubrica;
- A identificação das exceções e Portarias (previamente abordadas);
- O nome, número de utente e regime especial de comparticipação (se aplicável);
- O DCI, bem como dosagem e todas as outras especificações para o medicamento referidas na receita eletrónica materializada.

Apesar de todos os passos estarem corretos e de todo o cuidado exigido, em dados momentos o farmacêutico pode constatar a não adequação da medicação àquele doente em questão, seja por efeitos secundários, contraindicações, não adequação de doses, condições do doente ou não adequação da forma de administração. (1) Neste sentido, sempre que possível, se o doente assim o entender, deve existir espaço de diálogo para deteção de inconformidades ou mesmo explicação de todos os cuidados a ter.

No decorrer do estágio, antes de iniciar o atendimento ao público, comecei por observar outros atendimentos e verificar como decorria todo o processo que envolvia as mais variadas receitas. Após algum tempo de observação, comecei por ir buscar os medicamentos de forma a adquirir mais conhecimento sobre a sua localização e cedia-os à farmacêutica para que ela fornecesse todo o aconselhamento necessário. Esta situação permitiu-me acompanhar diferentes situações e, de certa forma, ganhar autonomia para casos semelhantes no futuro).

7.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica

Na Farmácia do Cavaco, os MNSRM encontram-se numa localização distinta dos outros medicamentos. Este grupo de medicamentos pode ser fornecido ao doente por indicação do farmacêutico, desde que exista todo o conhecimento necessário para a identificação do problema de saúde do doente.

No aconselhamento há a necessidade de uma conversa o mais honesta possível, na qual se colocam questões abertas que permitam uma correta resolução do problema em questão. Alguns exemplos de questões são o tempo da sintomatologia, se já iniciou a toma de algum fármaco ou se ocorreu um agravamento do estado inicial para que seja possível a determinação da gravidade em questão. Unicamente quando a situação é determinada como ligeira (“problema de saúde de carácter não grave, autolimitante, de curta duração que não apresente relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do doente.” é que o farmacêutico pode intervir, primeiramente com medidas não farmacológicas e, em casos de evidente necessidade, recorrer a medidas farmacológicas.

No decorrer do estágio a maior escala de cedências de MNSRM centrou-se em xaropes para tosse seca e com expetoração, em medicação para dores de cabeça, sintomas gripais e alérgicos, infeções vaginais ainda em estágios iniciais, sintomas associados a gastroenterites (náuseas, vômitos e diarreia) e contraceção de emergência.

7.3. Cedência de urgência de medicamentos sujeitos a receita médica

A cedência de MSRM deve ser devidamente justificada e ponderada¹. (1) Na Farmácia do Cavaco, quando se procede a este tipo de atendimento, recorre-se ao programa SIFARMA 2000 para criar uma venda “SUSPENSA” até que o utente traga a receita (sendo que o mesmo se comprometer a tal) e se faça a comparticipação (devolvendo ao utente a diferença de dinheiro).

No decorrer do estágio pude observar que esta cedência era justificada pela análise do perfil farmacoterapêutico, seja por produtos cedidos ao utente, registados no sistema, ou por conhecimento do doente por parte de uma colega farmacêutica da sua normal medicação. Neste sentido, só era justificada a cedência de MSRM nos casos onde a paragem abrupta do medicamento, até ao momento da consulta, acarreta-se um agravamento do problema de saúde ou sua descompensação. No meu caso, os tipos de cedência de urgência centraram-se em medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial, colesterol e diabetes *mellitus*.

8. Automedicação

A automedicação é um processo no qual o doente se dirige à farmácia com o propósito específico de adquirir um medicamento já previamente selecionado por si. Contudo, é da responsabilidade do farmacêutico não ceder o medicamento sem efetuar previamente algumas questões, já que a prática de escolha própria é largamente influenciada pelos meios de comunicação, por pesquisas efetuadas em meios, por vezes, não fidedignos, por sobras de medicamentos tomados em situações anteriores que existem em casa, ou até mesmo pelo tempo de espera para uma consulta médica.

Neste sentido, o profissional de saúde, antes da cedência do produto desejado, deve questionar sobre a frequência dos sintomas, a gravidade da situação, sobre patologias associadas, a existência de fármacos concomitantes, o porquê do seu pedido ou se já tentou mais alguma alternativa, entre tantas outras possibilidades. Após este o diálogo, o farmacêutico poderá optar por uma das seguintes medidas:

- Referenciar um médico devido à elevada gravidade da situação (situações não enquadradas no Anexo do Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho) (Anexo XXI);
- Aconselhar unicamente medidas não farmacológicas;
- Aconselhar medidas não farmacológicas juntamente com o MNSRM pretendido pelo doente por se encontrar adequado à situação concomitantemente;
- Aconselhar medidas não farmacológicas juntamente com um MNSRM diferente do desejado pelo doente mas que acarretará melhores resultados para a resolução da situação. (44)

Adicionalmente, aquando do MNSRM é necessário considerar que a escolha deve centrar-se em medicamentos constituídos por um único princípio ativo (evitando possíveis casos de sobredosagem), para que sejam garantidas as condições de eficácia e segurança com a melhor relação benefício-risco possível.

Na Farmácia do Cavaco, no decorrer do meu estágio, iniciou-se a instituição de protocolos de aconselhamento farmacêutico, bem como para resolução de situações de automedicação, no sentido de todos os profissionais seguirem o mesmo caminho para a obtenção do máximo de eficácia em prol da saúde do doente. (1)

Adicionalmente, no decorrer do estágio, a automedicação centrava-se em pedidos de antigripais (que na sua maioria têm todos mais de um componente), de antitússicos, de anti-inflamatórios, de suplementos, de antidiarreicos, de fármacos para dores de cabeça, de pomadas para o tratamento da dermatite da fralda ou eczema, mas também outros componentes não abrangidos pelo INFARMED e nem disponibilizados pela farmácia. Em algumas ocasiões foi-me pedido a cedência de antibióticos para tratamento de infeções urinárias e respiratórias com a justificação de que há pouco tempo tinham ido ao médico e o mesmo lhes tinha prescrito aquele antibiótico específico. Feita a análise da situação recusei-me a efetuar a cedência do medicamento, alertando e sensibilizando o doente para a

gravidade associada ao abuso deste tipo de farmacologia e para a obrigatoriedade de consulta por um médico especialista que a situação clínica, em questão, implicava.

É da inteira responsabilidade do farmacêutico alertar as pessoas para os perigos, desta e das gerações futuras, inerentes à automedicação. Nunca esquecer de ressaltar que, no caso de persistência dos sintomas, aparecimento de novos sintomas ou agravamento da situação atual, o utente deverá consultar um médico pois este é responsável pelo diagnóstico terapêutico.

9. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde

9.1. Dermofarmácia, cosmética e higiene

Os produtos de dermocosmética e higiene são produtos que oferecem à farmácia uma maior margem de manipulação e de intervenção farmacêutica. Para que um produto seja considerado “cosmético” deve enquadrar-se na definição “qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais” presente no Decreto-Lei n.º 113/2010, de 21 de outubro. (45)

A análise do documento referido e do site do INFARMED permite constatar que a segurança, o controlo e o cumprimento de toda a legislação referente aos produtos que se enquadram nesta definição, quando comercializados na farmácia, é de responsabilidade do produtor. Contudo, para promover o máximo de qualidade a que o utente tem direito quando compra de um destes produtos, o supervisionamento do mercado é feito pelo INFARMED. (46)

Os produtos que se englobam nesta categoria, juntamente com outros exemplares, que estão expostos na zona de atendimento por marca e categoria e com os quais tive oportunidade de trabalhar na Farmácia do Cavaco são:

- Cremes, emulsões, loções, leites, geles e óleos para todos os tipos de pele - URIAGE Roséliane, Avène Clearance MAT, MartiDerm® Cold Cream, Barral®, Mustela®;
- Máscaras de beleza (com exclusão de produtos com ação química) - MartiDerm® Hidro MASK;
- Produtos para branquear a pele - MartiDerm® DSP-SERUM;
- Produtos anti-rugas - MartiDerm® PHOTO-AGE;
- Produtos para maquilhagem (pós, bases, desmaquilhantes de rosto e olhos) - COUVRANCE Correcteur de teint, Bioderma Photoderm MAX SPF 50+, Avène Lait démaquillant;
- Produtos para cuidado e maquilhagem das unhas - Savaii Scientifique Aceite nutritivo para uñas;
- Pós para higiene corporal - Akileïne;
- Sabonetes - Sabonete Glicerina Natural Hidratante Foz;
- Perfumes, águas de toilette e águas-de-colónia - th Pharma Perfume, iap Pharma;
- Depilatórios - CIRE A EPILER, KLORANE Bandas de cera fria;
- Desodorizantes e anti-transpirantes - VICHY desodorante 24h, VICHY Anti-transpirante 48h;

- Produtos capilares: champôs, condicionadores, máscaras, produtos de manutenção do cabelo (loções, cremes e óleos), produtos para penteados (loções, lacas) - Nizoral®, Bioderma Nodé, Klorane Masque, th Pharma Vitalia;
- Produtos para barba (cremes, espumas, loções);
- Produtos para aplicação e cuidado dos lábios - th Pharma Ultra Shine;
- Produtos para cuidados dentários e bucais - Elgydium®, Corega, Lacer®;
- Produtos para cuidados íntimos, de uso externo - Saforelle®, Lactacyd, Femilyane;
- Produtos para proteção solar, para bronzamento sem sol e cuidados pós solares - LA ROCHE POSAY ANTHELIOS XL Conforto, BIODERMA Photoderm Bronz Oral, BIODERMA Photoderm Après-Soleil. (47,48)

Há que referir que, apesar de um produto não existir em stock, como, por exemplo, marcas que não são tão exploradas pela farmácia, o farmacêutico tenta sempre arranjar o produto sem qualquer objeção (podendo mesmo comprar uma pequena quantidade superior à pedida para que numa próxima o cliente não tenha de esperar pela obtenção do produto).

Contudo, antes da cedência deste cosmético ou de qualquer outro da escolha do cliente, tal como num MNSRM, existe a necessidade de avaliar toda a situação para que o aconselhamento seja o mais adequado e enquadrado.

9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial

Os produtos dietéticos para alimentação especial são utilizados por pessoas cujo processo de assimilação ou metabolismo estejam perturbados ou quando as condições fisiológicas implicam uma ingestão controlada de certas substâncias e por lactentes ou crianças de um a três anos de idade em bom estado de saúde (alínea 2) do artigo n.º 2 do Decreto-Lei n.º 227/99, de 22 de junho). (49) Neste sentido, é possível englobar não só o grupo etário referido mas também adultos ou desportistas com algum tipo de restrição ou alergia alimentar.

A composição, rotulagem, apresentação e publicidade de produtos dietéticos para alimentação especial são reguladas pela Direção Geral de Saúde pelo Decreto-Lei supramencionado em associação com o Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho. (50)

Os produtos que se englobam nesta categoria são os seguintes:

- Preparados para lactentes;
- Leites de transição e outros alimentos de complemento;
- Alimentos para bebés - milrid® A.R.;
- Géneros alimentícios com valor energético baixo ou reduzido, destinados ao controlo de peso;
- Alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos - Fresubin® Protein Energy, Fresubin® Energy;

- Alimentos pobres em sódio, incluindo os sais dietéticos hipossódicos ou assódicos;
- Alimentos sem glúten;
- Alimentos adaptados a esforços musculares intensos, sobretudo para os desportistas - RESOURCE® Protein;
- Alimentos destinados a pessoas que sofrem de perturbações do metabolismo dos glúcidos (diabéticos).

Ao longo do estágio pude verificar que esta categoria não teve grande procura na farmácia. Tal deve-se, provavelmente, à existência de dietéticas que fornecem esses produtos (apesar de não serem regulamentados pelo INFARMED) na periferia. Contudo recebi pedidos de proteínas para desportistas, que foram encomendadas e posteriormente cedidas.

9.3. Produtos dietéticos infantis

A puericultura é um mundo repleto não só de dispositivos, como biberões, chupetas e brinquedos, mas também de produtos destinados a uma alimentação especial que inclui leites de substituição, farinhas, chás e boiões. Várias são as vezes que a farmácia serve como ponto de informação a mães com dúvidas quer acerca do tipo de alimentos que devem fornecer ao seu bebé, quer acerca de pequenas perturbações como, por exemplo, as do sono.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 53/2008, de 25 de março, neste grupo podem inclui-se dois tipos de alimentos, os que são feitos à base de cereais (simples, massas, tostas, biscoitos ou com elevado teor de proteínas) e para bebés (alimentos não compostos por cereais). (51) Sempre que possível, é da responsabilidade do farmacêutico incentivar a mãe à alimentação materna, não só pela constituição do leite materno (promovendo a evicção de possíveis alergias presentes nas fórmulas do leite e aumentando a imunidade do bebé), mas também para evitar possíveis dores ou desconfortos mamários à mãe. Contudo, esta opção nem sempre é a mais viável, já que em alguns casos a mãe pode não ter leite suficiente para o bebé, pode precisar de consumir algum tipo de medicamento prejudicial ao mesmo ou, ainda, devido a condições associadas ao bebé como, por exemplo, síndromes de má absorção.

Assim, os produtos que se englobam nesta categoria são:

- Leites para consumo desde do nascimento, n.º 1 - Nutriben® NATAL 1;
- Leites para consumo depois dos 6 meses de idade, n.º 2 - Enfamil Premium™ 2;
- Leites para consumo depois dos 10 meses de idade, n.º 3 - Nutriben® Crescimento 3;
- Leites para consumo depois dos 12 meses de idade, n.º 4;
- Leites para consumo depois dos 24 meses de idade, n.º 5;
- Leites com formulações específicas: prematuridade, problemas intestinais, como cólicas, obstipação, diarreia, regurgitação, intolerâncias e alergias alimentares - PreNAN, Novalac AO, Nutriben® NATAL A.R., Nutriben® NATAL H.A.;
- Papas - Nutriben® Primeira papa sem glúten 4, Nutriben® 8 Cereais 4 frutas 6.

O estágio culminou numa elevada aprendizagem neste campo uma vez que o conhecimento prévio existente era escasso. Várias foram as ocasiões em que recorreram a este tipo de produtos, sendo que o motivo mais comum era o consumo de algum fármaco que impedia a mãe de amamentar naturalmente.

9.4. Suplementos alimentares

Os suplementos alimentares são regulados pela Direção Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV), entidade responsável desde o processo de fabrico até à sua rotulagem. Este tipo de produtos é procurado por várias faixas etárias, para vários tipos de patologias e com diferentes fins. Não obstante, é necessário ressaltar que os mesmos servem unicamente como complementaridade a uma alimentação diária e nunca como substitutos. (52)

Este tipo de produtos fornece nutrientes, vitaminas, minerais, ácidos gordos, entre outros elementos. Neste sentido, os suplementos são utilizados para a aquisição de melhores condições a nível nutricional ou fisiológico, sem alteração das funções, e fornecidos sob a forma de:

- Cápsulas - stressil;
- Pastilhas;
- Comprimidos - venopress, bromilase;
- Pílulas;
- Saquetas de pó - biofast, Dikinogen™;
- Ampolas de líquido, frascos com conta-gotas ou outras formas similares de líquido - tutivita infantil, Absorvit® SMART 50+;
- Pós a serem ingeridos em quantidades reduzidas. (53,54)

Os produtos referidos foram solicitados, sobretudo, para combater a fadiga mental e física, reforçar o sistema imunitário, diminuir a falta de nutrientes e combater sintomas gastrointestinais e dores musculares. Contudo, pontualmente, surgiram utentes a pedir suplementos que substituíssem determinados hábitos alimentares que estavam a implementar no seu dia-a-dia, como, por exemplo, suplementos que compensassem a não ingestão de leite de origem animal. Nessas situações, reforçou-se a ideia de que o suplemento não é substituto de uma alimentação equilibrada e aconselhou-se o utente a consultar o seu médico antes de iniciar a toma de qualquer suplemento.

Como alguns doentes têm uma ideia pré concebida de que o consumo destes produtos não acarreta qualquer alteração dos medicamentos ou patologias concomitantes ou até mesmo dos valores fisiológicos, há que alertar, por exemplo na presença de um diabético, que alguns suplementos contêm açúcar e/ou excesso de iões, sendo que estes podem alterar os valores de pressão arterial, e podem resultar num elevado consumo de ácidos gordos (mesmo isolando o consumo dos ómega 3) que pode promover uma alteração do estado fisiológico do doente.

9.5. Fitoterapia e produtos homeopáticos

O recurso à fitoterapia e aos produtos homeopáticos tem crescido cada vez mais enquanto alternativa ao consumo de medicamentos. (55) Um medicamento à base de plantas constitui “...qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas.” e um homeopático é um “...medicamento obtido a partir de substâncias denominadas stocks ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado Membro, e que pode conter vários princípios.”. (16,56) Na Farmácia do Cavaco existe uma seção isolada destinada a estes produtos.

Ao longo do estágio tive oportunidade de me familiarizar com alguns medicamentos homeopáticos, dos quais destaco o Oscillococcinum®, o xarope Stodal®, o Sedatif PC®, o Homeogene 9 e o Arnigel®, e, também, com alguns medicamentos à base de plantas como a geleia real e o óleo de onagra.

Como vantagens destes produtos destacam-se o menor consumo de produtos químicos para tratamento de sintomas ligeiros e o auxílio numa melhoria mais rápida, quando combinados com MSRM ou MNSRM. Pelo seu efeito tardio, assim como pela necessidade de elevadas tomas diárias, os mesmos perdem a adesão dos utentes que acabam por preferir opções mais cómodas e rápidas. Tal como com os suplementos, o seu uso abusivo não traz benefícios ao utilizador, podendo até acarretar efeitos adversos como, por exemplo, alergia a determinado composto.

9.6. Medicamentos de uso veterinário

Os MUV, tal como os suplementos, são regulados pela DGAV e devem ser produzidos segundo as regras estabelecidas por este organismo. Sendo estes produtos envolvidos em cartonagens semelhantes a medicamentos de uso humano, os aplicáveis unicamente a animais têm de conter no exterior em fundo verde as inscrições “USO VETERINÁRIO” e “Manter fora do alcance e da vista das crianças”.

Por definição, os MUV são definidos como “...toda a substância ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.”. (alínea av) do ponto 1, artigo n.º3 do Decreto-Lei n.º 314/2009). (57)

No decorrer do estágio tive oportunidade de visualizar algumas receitas de origem veterinária. Estas possuem um total de três vias, a original para farmácia, uma para o

veterinário e outra para o dono do animal (Anexo XXII). Nestas receitas, os produtos presentes são MSRM para uso humano mas aplicados aos animais, assim, só mediante a apresentação deste tipo de documento é que se pode efetuar a sua cedência (mas sem qualquer tipo de comparticipação estar associada). Juntamente com a receita, há necessidade de arquivar o talão comprovativo da dispensa dos MSRM.

Na farmácia, os MUV propriamente ditos são muitas vezes aconselhados pelo farmacêutico. No decorrer do estágio tive a oportunidade de sugerir antiparasitários internos (PARAVET - FLEANIL) e externos (Advantix® e Frontline Combo), suplementos alimentares para animais (Leite Mixol® e Nutri-plus gel) e produtos de higiene (PARAVET - DRY-CLEAN e PARAVET OPTI-CARE), todos eles direccionados para animais de companhia.

9.7. Dispositivos médicos

Os dispositivos médicos (DM) são utilizados pelos doentes de forma alargada e muitos nem têm ideia dos possíveis riscos associados à sua incorreta utilização. Por definição um DM é “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos...” (alínea t) do artigo n.º 3 do Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho). Quando comparada com a definição de medicamento, já referida no presente relatório, é possível detetar semelhanças. (58)

Um DM pode ser utilizado para diferentes fins: a) diagnóstico; b) prevenção; c) controlo; d) tratamento ou atenuação de uma doença; e) diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência; f) estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; e g) controlo da concepção.

O risco de utilização não se restringe unicamente ao tipo e uso de DM, mas também com o tempo de contato com o corpo humano (temporário, curto, ou longo prazo), pelo grau de invasibilidade, pela anatomia afetada na sua utilização e pelos potenciais riscos decorrentes da concepção técnica e do fabrico. Aquando do estágio, contactei com alguns DM, cuja classificação apresento de seguida:

- Dispositivos médicos de classe I (baixo risco): sacos de ostomia, pensos e fraldas para incontinência, meias de compressão, muletas, seringas sem agulha, algodão hidrofílico, ligaduras - Salvelox, TENA MEN MAX, Juzo®, Pic, nubla cotton;
- Dispositivos médicos de classe IIa (médio risco): compressas de gaze hidrófila esterilizadas ou não esterilizadas, termómetros, tensiómetros, agulhas de seringas,

lancetas - Non-Woven Swabs, Termómetro Digital First Pharma, Microlife® Blood Pressure Monitor Automatic, Pic, Abbott SF;

- Dispositivos médicos classe IIb (médio risco): material de penso para feridas ulceradas extensas e crónicas, canetas de insulina, preservativos masculinos, soluções de conforto para portadores de lentes de contacto - URGO®, CONTROLE NATURE, Farline Optica;
- Dispositivos médicos classe III (alto risco): pensos com medicamentos, dispositivos intrauterinos que não libertem progestagénios - INADINEE®, NOVAT 380 DIU. (59)

Todos os DM têm na sua cartongem a identificação “DISPOSITIVOS MÉDICOS CE”.

É e ressaltar que existem DM não comercializados na farmácia como os usados em ensaios clínicos, os implantáveis ativos, os destinados à investigação clínica, os invasivos de tipo cirúrgico e os dispositivos para diagnóstico *in vitro* de utilização restrita.

10. Serviços prestados na Farmácia do Cavaco

Para além da dispensa de MNSRM, MSRM e outros produtos de saúde, o farmacêutico é responsável por facultar outros serviços como os que proporcionam a determinação de valores bioquímicos e/ou fisiológicos bem como informar e aconselhar no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis e adesões à terapêutica, se aplicáveis. (5)

Os diferentes serviços prestados pela farmácia (previamente referidos) são efetuados no gabinete de atendimento para que o utente tenha privacidade e se sinta confortável e à vontade para comunicar com o profissional de saúde, colocando todas as suas questões e dúvidas.

A medição da tensão arterial foi o serviço que mais efetuei no decorrer de todo o estágio. Este é realizado com recurso a um aparelho digital automático que indica os valores de tensão arterial sistólica, diastólica e o número de batimentos cardíacos por minuto. Quando o utente chega à farmácia e requisita o serviço acima referido, indica-se ao utente o local onde se deverá sentar, e pedimos que aguarde cerca de 5 minutos. Sugere-se uma quantidade temporal maior nos casos em que o doente se deslocou a pé por um longo período de tempo, para que os valores obtidos não sejam influenciados por esta determinante. Este tempo de espera é utilizado para fazer o registo do nome do utente, da data e da hora na folha de registo cedida pela farmácia (caso não tenha nenhuma em sua posse) e para dialogar sobre o histórico de valores, hábitos diários (como, por exemplo, toma de café ou bebidas alcoólicas nos últimos trinta minutos), entre outros. Após a medição, e perante os resultados obtidos (altos ou baixos), o farmacêutico poderá dar algumas indicações como, por exemplo, se a determinação deve ser efetuada com maior ou menor regularidade e que mudanças complementares de estilo de vida o utente pode adotar, ou referenciar para consulta com o médico de família ou para urgência.

A segunda medição mais efetuada foi a do índice de massa corporal, que se restringe à aplicação da fórmula após a determinação do peso e altura do doente. O aconselhamento não será determinado unicamente pelo valor mas também pela análise da determinação do perímetro abdominal, se assim se justificar.

Outros serviços efetuados foram a determinação da glicémica juntamente com o colesterol e a determinação do colesterol com triglicérideos (normalmente nunca de forma isolada já que se efetua uma pequena punção capilar com o auxílio de uma lanceta). Antes de iniciar o procedimento, o farmacêutico deve reunir todo o material necessário e questionar o utente se o mesmo está em jejum (para não interferir na interpretação dos resultados obtidos). Também deve dialogar com o utente, colocando as mesmas questões, acima mencionadas na determinação da tensão arterial. Após a obtenção dos resultados, o farmacêutico pode sugerir atitudes e comportamentos a adotar que visem a melhoria do estado do utente e, no caso dos resultados serem muito superiores ao recomendado, aconselhar o utente a repetir os parâmetros periodicamente ou consultar o seu médico de família.

O serviço realizado em menor escala foi o teste de gravidez. Aquando da solicitação deste serviço, pedia-se à utente que, com recurso ao copo de colheita de urina assético, recolhesse a primeira urina da manhã (já que a mesma tem uma maior concentração de hormona gonadotrofina coriónica humana) e a viesse trazer à farmácia. Em seguida, no laboratório, e perante todos os cuidados necessários, efetuava-se o teste. Analisado o resultado, descartava-se todo o material e transmitia-se à utente a informação, juntamente com os conselhos necessários.

10.1. Cartão Saúde

O cartão Saúde é uma iniciativa à qual a Farmácia do Cavaco aderiu pelo facto de pertencer ao grupo das Farmácias Portuguesas e que consiste na acumulação de pontos em função dos produtos adquiridos na farmácia. (60)

Quando o utente se dirige à farmácia para adquirir MSRM prescritos ganha um ponto, contudo, se comprar produtos de dermocosmética, MUV, MNSRM, entre outros, os pontos atribuídos ao cartão são em função do preço marcado pela farmácia. Frequentemente os clientes colocam a questão, “Mas qual é a vantagem?”, pois existem farmácias que têm o seu próprio cartão de fidelidade. Possuir o cartão Saúde, para além de não envolver custos adicionais, permite acumular pontos que podem ser a) utilizados em várias farmácias, desde que façam parte do grupo de Farmácias Portuguesas; b) rebatidos em produtos presentes no catálogo (atualizado regularmente); c) trocados por descontos de dois, quatro ou até mais euros; e, ainda, utilizar vales industriais presentes na Revista Saúde. As desvantagens associadas ao cartão prendem-se com a possibilidade de perda de pontos, de mês a mês, caso o cliente não consiga acumular pontos suficientes para os diferentes tipos de rebate e não poder ser utilizado concomitantemente com outros cartões de desconto, como é o caso do Lyoness.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de criar o registo de um cartão, trocar um cartão antigo pelo mais recente (mantendo todos os pontos), fazer rebate de pontos em produtos e rebate monetário.

O cartão Saúde proporciona uma visão alargada da farmácia, que atinge uma amplitude nacional e não apenas restrita à localidade na qual se insere.

10.2. Atividades desenvolvidas pela farmácia

A farmácia não se limita só ao seu espaço físico e, no que diz respeito à Farmácia Cavaco, vai ao encontro da população, realizando diversas atividades e iniciativas. Para aumentar o contacto com a comunidade foi realizado um concurso do Dia do Pai, que envolvia os alunos desde a pré-escola até ao ensino básico e ainda foi realizado um “Mini Facial” com produtos da marca MartiDerm®.

Na primeira atividade, participaram os alunos da Escola E.B.1 e do Jardim de Infância do Cavaco, a quem foi solicitado que realizassem um desenho alusivo ao Dia do Pai. Posteriormente, todos os trabalhos foram digitalizados e publicados nas redes sociais da farmácia com o intuito de serem votados e assim se encontrar o 1º, 2º e 3º lugares (desenhos com mais “Gostos”) em duas categorias diferentes, dos 3 aos 6 anos de idade e dos 7 aos 14 anos de idade. Findo o prazo atribuído para votação, os prémios foram entregues aos vencedores, sendo que todas as crianças que participaram na atividade receberam uma pequena lembrança.

A segunda atividade, tendo como ponto de partida o conceito “DO IT YOURSELF”, envolveu um conjunto de clientes do género feminino e produtos adequados aos seus diferentes tipos de pele. Uma formadora da marca explicou às participantes todo o procedimento e como efetuar os seus cuidados diários. Esta participação permitiu oferecer às utentes uma pele cuidada e, em segundo plano, a promoção do bem-estar próprio.

Nestas duas atividades o objetivo primordial era envolver a comunidade, transmitindo a ideia de que a farmácia não é um serviço público estanque mas antes um serviço aberto a toda a comunidade e interessado no seu bem-estar.

11. Preparação de medicamentos

Em tempos remotos a preparação de manipulados constituía o dia-a-dia de um farmacêutico. Atualmente este processo não é tão rentável e as farmácias optam por um pequeno conjunto de matérias-primas disponíveis (pois já não é obrigatório todos as matérias estarem disponíveis segundo a Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho) e, em casos de inexistência de produtos, aquando da necessidade de uma preparação oficial ou magistral (definição já apresentada), no caso da Farmácia do Cavaco, pede-se a outra farmácia que faça o manipulado e posteriormente o forneça para que seja cedido ao doente com toda a qualidade necessária. (63)

No período de estágio tive a oportunidade de visualizar os registos dos manipulados efetuados na farmácia, analisar todo o material de laboratório e familiarizar-me com toda a bibliografia necessária à preparação de um manipulado, desde as boas práticas (Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho) ao processo de manipulação e controlo do produto final obtido. (1,61) Adicionalmente, apesar da preparação de manipulados ser da responsabilidade do diretor técnico ou do farmacêutico-adjunto, caso a função assim esteja delegada por escrito, tive a oportunidade de efetuar múltiplas preparações extemporâneas de xaropes e um preparado oficial de uma Vaselina Salicilada a 3%, com supervisão constante do farmacêutico-adjunto presente.

Relativamente às preparações extemporâneas de xaropes, a Farmácia do Cavaco tem por regra, sempre que é cedido um pó para ressuspensão, comumente conhecidos como antibióticos orais pediátricos, que o farmacêutico que está a efetuar a venda, pergunte ao doente se o mesmo quer que se prepare o antibiótico na farmácia. Se ocorrer uma confirmação perante esta questão, o farmacêutico dirige-se para o laboratório e aí prepara-o, segundo as instruções do fabricante, com água purificada e agitando-o até à homogeneização da mistura, e acertando o nível de água. Apesar de este serviço ser prestado sem qualquer custo adicional, uma correta reestruturação do xarope deve ser garantida.

A Vaselina Salicilada a 3%, preparada segundo o Formulário Galénico Português, presente na Farmacopeia Portuguesa e noutras fontes bibliográficas, foi o único manipulado que tive oportunidade de efetuar (Anexo XXIII). (62) Para a sua realização, primeiramente procedi a uma análise de adequação terapêutica, pois estando o ácido salicílico numa percentagem superior a 2% é indicativo de uma ação queratolítica, normalmente destinadas a tratamento de hiperqueratose, psoríase, descamação da pele ou acne. (61) Posteriormente verifiquei se todas as matérias-primas, bem como o material de acondicionamento, estavam disponíveis, efetuei todos os cálculos necessários para as quantidades prescritas e iniciei o preenchimento de uma “FICHA DE PREPARAÇÃO DE MANIPULADOS” personalizada que a Farmácia do Cavaco disponibiliza (apenas os campos possíveis). (60)

Após os passos referidos, iniciei a preparação do manipulado por espatulação do ácido salicílico e da vaselina branca, com todos os cuidados prévios requeridos, até à obtenção de

uma pomada homogênea. No final, verifiquei todas as características organolépticas necessárias e a quantidade dispensada. Estando estas conformes, acondicionei a pomada no recipiente adequado à sua aplicação para que a qualidade fosse mantida.

Para finalizar foi elaborado um rótulo que continha todas as informações necessárias: nome da farmácia; contacto e nome da diretora técnica; nome do médico prescritor; nome do doente; fórmula prescrita pelo médico; quantidade fornecida; lote; data de preparação; validade; posologia; condições de conservação e alertas (“USO EXTERNO” em letras pretas num fundo vermelho e “MANTER FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS”); e preço do manipulado.

(60) Esta última informação é resultado de cálculos em função dos honorários das formas farmacêuticas, das quantidades preparadas (Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho) e do valor do fator “F” atualizado para 2017 (Circular n.º 0111/2017, de 16 de janeiro). (63,64)

Para arquivos futuros da farmácia, completa-se o preenchimento da ficha de preparação do manipulado, preenchendo ainda outro documento com os dados informativos do lote, data, nome do manipulador e supervisor, aos quais se anexa uma fotocópia da receita médica e do rótulo da preparação. Estes documentos devem ser mantidos num prazo mínimo de três anos, organizados por ordem de lotes produzidos na farmácia.

12. Contabilidade e Gestão

A contabilidade e gestão é o segredo de qualquer negócio. Apesar do farmacêutico necessitar de bases sobre estes dois assuntos é de esperar que o mesmo não seja especialista se não promoveu a sua formação neste sentido. Assim, para uma melhor segurança, a Farmácia do Cavaco fornece mensalmente todos os documentos necessários, bem como outras informações a uma contabilista que irá analisar todos os elementos e efetuar os registos segundo a lei.

No final do mês, é necessário proceder à verificação de todas as faturas enviadas pelos diferentes fornecedores presentes na farmácia, comparando-as com as listas resumo enviadas pelos mesmos (trabalho realizado por colaboradores da farmácia): quinzenalmente pela PLURAL - COOPERATIVA FARMACÊUTICA, COOPROFAR, Empifarma (incluindo a MAGIUM™); e mensalmente no caso da Alliance Healthcare™ e OCP Portugal - Produtos Farmacêuticos, S.A.. Em caso de faltar o documento original é possível três operações: procurar o duplicado na farmácia, pois pode estar incorretamente organizado; imprimir o documento, recorrendo à área cliente dos fornecedores; e, como último recurso, ligar ao fornecedor e pedir que o mesmo volte a enviar o documento. Os pagamentos que não resultam de débito direto são efetuados, em função dos dados obtidos.

Como referido, uma noção de gestão é essencial para o dia-a-dia da farmácia, não só para fazer uma correta escolha nas encomendas mas também para identificar os diversos documentos que acompanham os produtos, sejam eles faturas, guias de transporte, resumos, notas de devolução, notas de crédito, notas de produto não aceite ou outros. Uma fatura (como já explicado na sua análise, anteriormente) apresenta os produtos fornecidos, a quantidade, os preços com e sem IVA e as respetivas taxas aplicáveis. Contrariamente, a guia de remessa que acompanha os produtos apresenta apenas a designação e quantidade do produto. Permite conferir a encomenda, mas não pode servir como fonte de referência para PVF, nem para dar entrada dos produtos (quando isto acontece a encomenda é conferida - unidades, produtos e validade - assina-se o duplicado, data-se e coloca-se a inscrição “PRODUTOS E QUANTIDADES CONFERIDAS - AGUARDA FATURA” deixando-se a guia juntamente com os produtos no local destinado a este fim).

Quando uma nota de devolução é originada (processo já explicado previamente) o fornecedor terá de emitir uma nota com a resolução da mesma. O fornecedor envia um documento com a referência ao produto, justificação da resolução (nota de crédito, devolução ou produto não aceite) e com a identificação da origem da reclamação. O triplicado armazenado na farmácia, da nota de devolução, é retirado do arquivo se todos os produtos já estiverem regularizados, se tal não ocorrer, identifica-se quais foram regularizados (pelo número da nota, tipo de resolução, data e operador) e o documento é novamente armazenado.

No final de cada ano civil o contabilista efetua um balanço de todos os bens da farmácia (lista a ser enviada pela mesma), das dívidas à farmácia e das possíveis dívidas da farmácia, para que se apure o estado financeiro geral.

12.1. Verificação do receituário

As receitas prévias às desmaterializadas necessitam de conferência. Como já referido, o processo de análise das mesmas é feito pelo farmacêutico que dispensou os medicamentos que, se tudo em conformidade, as coloca na gaveta do seu posto de atendimento.

No final do dia, as colegas da noite recolhem todas as receitas que, mais uma vez, voltam a ser conferidas para certificar uma correta dispensa do medicamento e para minimizar a probabilidade de alguma receita ser devolvida sem atribuição do reembolso por parte do organismo responsável. Esta conferência faz-se através da análise do impresso no verso da receita, que contém os seguintes dados:

- Identificação da farmácia e diretor técnico;
- Data da cedência;
- Número da venda;
- Código operador responsável;
- Organismo que comparticipa;
- Número, lote e série da receita (R/L/S);
- Identificação dos produtos cedidos - nome, dosagem, tamanho da embalagem e quantidade fornecida de cada produto com o código de barras, o PVP, o preço de referência e o valor da comparticipação;
- Valor pago pelo utente;
- Declaração com local para assinar, indicando que “Declaro que me foram dispensadas as “n” embalagens de medicamentos constantes da receita e prestados os conselhos e informações sobre a sua utilização”.

Em caso de erros de impressão, situação pela qual passei no decorrer do estágio, faz-se uma reimpressão do documento, recorrendo à consulta dos documentos da venda no SIFARMA 2000, que é colocado por cima do documento errado, justificando a ação como “Erro de impressão”, depois de devidamente assinado.

Posteriormente ocorre uma organização de todas as receitas em função dos organismos e por lotes, num total máximo de trinta receitas por lote. Quando completo faz-se a impressão do verbete, como já descrito, carimba-se e arruma-se o lote até ao final do mês para que se feche a faturação da farmácia. Nesta secção, tive a oportunidade de realizar todas as etapas, desde a conferência, organização por ordem crescente das receitas e verificação dos verbetes com supervisão da minha orientadora.

Será de ressaltar que, atualmente, este processo é simplificado e menos demorado devido à pequena quantidade de receitas que necessitam de ser sujeitas a este procedimento. Atualmente, as receitas eletrónicas desmaterializadas transmitem automaticamente, por via informática, em função do organismo, toda a informação para os mesmos. Na finalização da venda aparece uma janela informativa no SIFARMA 2000 de que ocorreu uma comunicação

com o destinatário alvo, assim como a validação pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (sem limite de lotes imposto).

12.2.Faturação do receituário

No início do mês, com prazo de realização até dia cinco, o farmacêutico responsável pela faturação do receituário reúne todos os documentos necessários, verbetes com as receitas que preenchem os lotes, juntamente com os verbetes de receitas que não são suficientes para um lote completo e emite a relação-resumo de lotes.

Na relação-resumo de lotes está discriminado o valor total de cada lote, o valor da comparticipação e o cobrado ao doente. Este documento é impresso em triplicado, sendo que o original e duplicado são enviados para o organismo e o triplicado fica para arquivo da farmácia. Completa a fase anterior, processa-se a faturação mensal de medicamentos para cada entidade (ressalvando que uma mesma entidade pode ter mais de um subsistema) e imprime-se em duplicado. Uma cópia é enviada juntamente com os dados da relação-resumo e a outra é para arquivo da farmácia. Todos os documentos devem ser carimbados e assinados pelo operador.

Estando todos os documentos prontos, são separados consoante os organismos que vão participar: ARS e ANF. No que respeita a ARS, juntam-se as receitas e respetivos verbetes de identificação de lote, a relação de resumo de lotes e a fatura mensal, que são enviados para a Administração Central do Sistema de Saúde, mais especificamente para o Centro de Conferência de Faturas (CCF). No caso da ANF, que funciona como um intermediário, são enviados os lotes das restantes entidades com o relação-resumo de lotes em triplicado e as faturas mensais em triplicado. Esta última entidade implica o recurso ao SIFARMA 2000 para que o mesmo imprima uma lista com todos os organismos presentes nas receitas e respetivas comparticipações, ou seja, um mapa comprovativo (impressão em triplicado sendo que o duplicado é enviado à ANF e o resto arquivado na farmácia).

No estágio tive a oportunidade de visualizar a realização de uma faturação do receituário e de eu própria, sob supervisão da minha orientadora, realizar duas vezes todo o procedimento descrito.

12.3.Processamento do receituário devolvido

Após a análise pelo CCF de todos os documentos previamente referidos, poderá ocorrer duas opções de resolução conforme existam ou não irregularidades.

Se não existir qualquer tipo de irregularidade a farmácia receberá das entidades responsáveis o valor da comparticipação, contudo, se algo não estiver segundo os parâmetros, ou seja, caso o erro de comparticipação apurado seja superior a 0,50€, a farmácia recebe novamente

a receita com o motivo da devolução e os documentos relativos ao lote que tem erros. No caso de isto acontecer, as receitas podem ser novamente revistas, corrigidas e reencaminhadas no receituário do mês seguinte ou então, por opção, a farmácia poderá emitir uma nota de crédito, através do SIFARMA 2000, que será enviada ao CCF no mês seguinte (separador “FATURAÇÃO” escolhe-se a opção de regularização, de seguida a fatura que corresponde às receitas devolvidas e o valor das comparticipações - valor que a farmácia irá devolver).

No estágio vi a devolução de algumas receitas, principalmente associadas ao grupo da ANF. A farmacêutica responsável analisou todos os problemas e justificações associados. Posteriormente, tentou resolver as mais variadas situações para que a comparticipação fosse atribuída à farmácia.

13. Conclusão

O período de estágio realizado na Farmácia do Cavaco comprovou que o conhecimento científico proporcionado pelos docentes no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas é a base de toda a postura a desenvolver enquanto farmacêutica.

A integração de conhecimentos científicos sobre fármacos, juntamente com o desenvolvimento da capacidade de comunicação farmacêutico-utente, o mais adequado e individual possível, resultou num enriquecimento tanto a nível profissional como pessoal.

Graças ao horário de funcionamento alargado da farmácia, foi-me permitido fazer rotações de turnos e assim experienciar diferentes situações e contactar com diferentes públicos e problemas, vivenciando todas as etapas, desde a abertura da farmácia até ao serviço de fim-de-semana e noturno.

Apesar do longo período de estágio, a cada dia ocorria uma nova situação, que apesar de poder envolver fatores comuns a vivências prévias, se diferenciava em algum pormenor. Este facto incentivou-me e despertou-me para a necessidade de alcançar o máximo de conhecimento possível.

A manutenção de uma atitude ética, profissional e de companheirismo para com a equipa e com os doentes é essencial ao farmacêutico. Este tipo de postura transforma-o não só num especialista do medicamento mas também num conselheiro para todos os indivíduos da comunidade. Não obstante, a atividade de aconselhamento implica toda uma preparação prévia e todo um trabalho de *back office* sem o qual a farmácia e os seus serviços não poderiam existir.

Em suma, e ainda que possa afirmar que o estágio constituiu uma grande fonte de conhecimentos e experiência, reconheço que enquanto profissional de saúde terei de estar em constante formação e terei de encarar a minha profissão com dedicação, valorizando o trabalho de equipa e o contacto com o público.

14. Referências

1. Santos H Cl, Coelho P, Cruz P, Botelho R, Faria G, et al. Boas Práticas de Farmacêuticas para a farmácia comunitária. 3ª ed: Ordem dos Farmacêuticos; 2009.
2. Hernández, Daniel. Silva, Milena Castro. Dádar, María (2009). Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
3. Baena, M.I., Problemas Relacionados con los Medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del hospital universitario virgen de las nieves de granada. 2004, Universidade de Granada: Granada.
4. Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro. Diário da República, 1ª série – N.º 177 – 12 de setembro de 2012.
5. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .
6. Decreto-Lei n.º 75/2016, de 08 de novembro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .
7. Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .
8. Decreto-Lei n.º 58/2016, de 29 de agosto. Diário da República, 1ª série - N.º 58 - 29 de agosto de 2016.
9. Circular Informativa n.º 133/CD de 6 de junho de 2012. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .
10. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .
11. Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de dezembro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .
12. Boletim do Trabalho e Emprego. 1ª série. N.º 3579 24, 29/6/2005.
13. Código Deontológico dos Farmacêuticos. Disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj0pZP_rJLUAhVBuBoKHVRTAmUQFggIMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ordemfarmaceuticos.pt%2Ffiles%2FscContentDeployer_pt%2Fdocs%2FDoc10740.pdf&usq=AFQjCNG-S33OQohprMh1_kA_yxHYtgTeRg. Consultado a 12 de março de 2017.
14. Lei n.º 131/20115, de 4 de setembro. Estatuto. Ordem dos Farmacêuticos.
15. Dispositivos Médicos. Disponível em: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/estrutura-e-organizacao?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_returnToFullPageURL=%2Fweb%2Finfarmed

d%2FInstitucional%2Festrutura-e-organizacao&_101_assetEntryId=1084492&_101_type=content&_101_urlTitle=sobre-o-infarmed&inheritRedirect=false&redirect=http%3A%2F%2Fwww.infarmed.pt%2Fweb%2Finfarm ed%2FInstitucional%2Festrutura-e-organizacao%3Fp_p_id%3D%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dmaximized%26p_p_mode%3 Dview%26_3_redirect%3D%252Fweb%252Finfarm ed%252FInstitucional%252Festrutura-e-organizacao%26_3_keywords%3D%2Bque%2B%25C3%25A9%2Bo%2Binfarm ed%253F%26_3_groupI d%3D15786%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch. Consultado a 12 de março e 2017.

16. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .

17. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .

18. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .

19. Structure and principles. Disponível em: http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/. Consultado a 12 de março de 2017.

20. Despacho n.º 21844/2004, de 12 de Outubro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .

21. Farmacopeia Portuguesa: Infarmed; 2008.

22. Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .

23. World Health Organization (Geneva, 2002) - Safety of Medicines: A guide to detecting and reporting adverse drug reactions. WHO/EDM/QSM/2002.

24. Circular Informativa n.º 034/CD de 15 de Fevereiro de 2012. Implementação da nova legislação europeia de farmacovigilância.

25. Farmacovigilância. Disponível em: www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Ficha+de+notifica%C3%A7%C3%A3o+de+rea%C3%A7%C3%B5es+adversas+para+utentes_M_FV_060_5_fev2016.pdf/8e0b6946-0c39-4aec-b15b-1fde544c0519. Consultado a 25 de março de 2017.

26. Farmacovigilância. Disponível em: www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Ficha+de+notificacao+PS_setembro+2014.pdf/c3bcfef1-ccdc-4c38-b7d1-0b524621c25f. Consultado a 25 de março de 2017.

27. Farmacovigilância. Disponível em: www.infarmed.pt/documents/15786/17838/ADR_reporting_FINAL_PT_Rev3.pdf/0cf6fb8e-0d0f-4b7e-bf7e-eab452b84908. Consultado a 25 de março de 2017.

28. Medicamentos sujeitos a monitorização adicional. Disponível em: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2013/03/news_detail_001740.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1. Consultado a 25 de março de 2017.
29. Medicamentos sujeitos a monitorização adicional. Disponível em: www.infarmed.pt/documents/15786/17838/FactsheetPT.pdf/6d404e90-b71b-4521-8cf6-ca14e98017a2. Consultado a 25 de março de 2017.
30. Lista de medicamentos sujeitos a monitorização adicional. Disponível em: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/regulation/document_listing/document_listing_000366.jsp&mid=WC0b01ac058067c852. Consultado a 25 de março de 2017.
31. VALORMED. Disponível em: www.valormed.pt/. Consultado a 25 de março de 2017.
32. Normas de dispensa. Disponível em: www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispensa_20151029.pdf/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdfef790. Consultado a 26 de março de 2017.
33. Iglésias-Ferreira P, Santos HJ. Dispensa clínica de medicamentos 2009. Disponível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc6264.pdf. Consultado a 17 de março de 2017.
34. Normas de prescrição. Disponível em: www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Prescri%C3%A7%C3%A3o_20151029.pdf/bcd0b378-3b00-4ee0-9104-28d0db0b7872. Consultado a 17 de março de 2017.
35. Deliberação n.º 173/CD/2011, de 27 de outubro. Atos sujeitos a publicação no site do INFARMED. INFARMED. .
36. Regime excecionais de comparticipação. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/regimes-excecionais-de-competicipacao>. Consultado a 27 de maio de 2017.
37. Portaria n.º 284/2016, de 4 de novembro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .
38. Portaria n.º 92-E/2017, de 3 de março. Diário da República, 1ª série — N.º 45 — 03 de março de 2017.
39. Circular n.º 0481/2017, de 10 de abril. Associação Nacional de Farmácias. Farmácias Portuguesas.
40. Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .
41. Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio. Diário da República, 1.ª série — N.º 92 — 11 de maio de 2012.

42. Deliberação n.º 70/CD/2012, de 1 de junho. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .
43. Despacho n.º 2935-B/2016, de 25 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série — N.º 39 — 25 de fevereiro de 2016.
44. Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .
45. Decreto-Lei n.º 113/2010, de 21 de outubro. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .
46. Cosméticos. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/cosmeticos>. Consultado a 22 de abril de 2017.
47. Regulamento (CE) n.º 1223/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho de 30 de Novembro de 2009. Jornal Oficial da União Europeia.
48. Regulamento (UE) n.º 2016/314 da Comissão de 4 de março de 2016. Jornal Oficial da União Europeia.
49. Decreto-Lei n.º 227/99, de 22 de junho. Regime jurídico aplicável aos géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial.
50. Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho. Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas.
51. Decreto-Lei n.º 53/2008, de 25 de Março. Diário da República, 1ª série n.º 59, 25 de Março de 2008.
52. Suplementos Alimentares. Disponível em <http://www.dgv.min-agricultura.pt/portal/page/portal/DGV/genericos?actualmenu=4096300&generico=5904430&cboui=5904430>. Consultado a 23 de abril de 2017.
53. Decreto-Lei n.º 118/2015, de 23 de junho. Ministério da Agricultura e do Mar.
54. Fronteira com suplementos alimentares. Disponível em: www.infarmed.pt/documents/15786/17838/PRODUTOS+FRONTEIRA+SULEMENTOS+MEDICAMENTOS.pdf/d0cd8e0f-fad8-474b-85b4-b32c01fac5e9. Consultado a 23 de abril de 2017.
55. Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto. . Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .
56. Medicamentos homeopáticos. Disponível em: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_returnToFullPageURL=%2Fweb%2Finfarmed%2Finfarmed&_101_assetEntryId=1472948&_101_type=content&_101_urlTitle=medicamentos-homeopaticos&inheritRedirect=false&redirect=http%3A%2F%2Fwww.infarmed.pt%2Fweb%2Finf

armed%2Finarmed%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dmaximized%26p_p_mode%3Dview%26_3_redirect%3D%252Fweb%252Finarmed%252Finarmed%26_3_keywords%3Dhomeop%25C3%25A1ticos%26_3_groupId%3D15786%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch. Consultado a 23 de abril de 2017.

57. Decreto-Lei n.º 314/2009. Diário da República, 1ª série — nº 209, 28 de Outubro de 2009. Ministério da agricultura, do desenvolvimento rural e das pescas.

58. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED. .

59. Classificação e fronteiras - Dispositivos Médicos. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos/classificacao-e-fronteiras>. Consultado a 23 de abril de 2017.

60. Cartão Saúde. Disponível em: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/sauda>. Consultado a 01 de maio de 2017.

61. Portaria nº 594/2004, de 2 de Junho. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.

62. Pomadas de Ácido Salicílico a 1%, 2%, 5%, 10% ou 20% (FGP A.I.1.). Farmacopeia Portuguesa. 8ª edição. 2005.

63. Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho. Legislação Farmacêutica Compilada. INFARMED.

64. Circular n.º 0111/2017, de 16 de janeiro. Associação Nacional de Farmácias. Farmácias Portuguesas.

Anexos

Anexo I - Questionário de recolha de dados clínicos e sociodemográficos

Formulário para Recolha de Dados

1. N° do Formulário: _____

2. Código de identificação (instituição e participante): _____

3. Data da recolha de dados: ____/____/____

4. Data de Nascimento: ____/____/____

5. Idade: ____ Anos

6. Grupo Etário:

a) 65-74 anos ☐

b) 75-84 anos ☐

c) ≥ 85 anos ☐

7. Lar em que está institucionalizado:

a) Localidade:

b) Regime em que se encontra:

Internado ☐ Centro de dia ☐ Domicílio ☐

8. Género:

a) Feminino ☐

b) Masculino ☐

9. Estado civil:

a) Solteiro ☐

b) Casado ☐

c) Viúvo ☐

d) Outro (divorciado, separado, união de facto) ☐

e) Não responde ☐

10. Grau de escolaridade:

a) Sem escolaridade ☐

b) 1º Ciclo* ☐

c) 2º Ciclo* ☐

d) 3º Ciclo* ☐

e) Secundário* ☐

f) Ensino Superior* ☐

g) Não responde ☐

*completo ou incompleto

11. Naturalidade:

12. Grau de dependência do idoso de acordo com a Escala de Katz:**

****Pontuação obtida: ____ (Nº do Questionário: ____)**

- a) Dependência total ☐
- b) Dependência grave ☐
- c) Dependência moderada ☐
- d) Dependência ligeira ☐
- e) Dependência total ☐

13. Morbilidades conhecidas:

Morbilidade:	Categoria CID-10:	Código CID-10:

14. Nº de morbilidades conhecidas: ____

15. Nº de fármacos de uso regular por um período não inferior a 3 meses: ____

16. Nº de fármacos prescritos há mais de 3 meses usados apenas em SOS: ____

Quais:

17. Nº de fármacos prescritos há menos de 3 meses (Não incluir fármacos prescritos para doenças agudas, apenas novos fármacos para situações crônicas): ____

Quais:

18. Fármacos:


Nome:	Grupo Farmacoterapêutico:	Código ATC:	Dosagem:	Posologia:	Data da prescrição:

Observações:

19. Toma suplementos:

Quais:

Anexo II - Questionário funções mentais globais e específicas

	Perfil de Funções Mentais Globais e Específicas numa população idosa institucionalizada na região da Beira Interior Norte: Um estudo Descritivo
---	--

Nº de questionário: _____

Data de preenchimento do questionário: ____/____/____

Instituição: _____

Estamos a fazer um estudo sobre as funções mentais Globais e Específicas segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade em instituições sociais, na Beira Interior. Para tal solicitamos que preencha este questionário com **sinceridade**.

A sua participação é um ato voluntário e anónimo, da maior importância, sendo as informações **absolutamente confidenciais** e destinam-se apenas a tratamento estatístico tendo como objetivo final um maior conhecimento sobre problemas do foro psicológico numa população mais envelhecida para deste modo realizar um mapeamento da região.

Por favor responda a todas as perguntas pois só assim o questionário tem validade.

Informações Pessoais

1. Ano de Nascimento: ____/____/____

2. Género:

a. Feminino ____

b. Masculino ____

Questionário sobre a Função: Consciência

Avaliação	Pontuação
Resposta Ocular	
• Espontânea	4
• A Estimulo Auditivo	3
• A Estimulo Doloroso	2
• Ausente	1
Resposta Verbal	
• Orientada	5
• Desorientada	4
• Palavras inapropriadas	3
• Sons incompreensíveis	2
• Ausente	1

Página 1 de 8

Figura 1 - Questionário funções mentais globais e específicas - Parte 1 de 8.

Resposta Motora	
• Obedece a ordens	6
• Localiza a dor	5
• Reação de fuga	4
• Flexão anormal	3
• Extensão anormal	2
• Ausente	1
Soma	

Questionário sobre as Funções: Orientação e Memória
--

1. Orientação em relação ao tempo:

- Em que ano estamos? ____
- Em que mês estamos? ____
- Em que dia do mês estamos? ____
- Em que dia da semana estamos? ____
- Em que estação do ano estamos? ____

Nota: ____

2. Orientação em relação ao lugar:

- Em que país estamos? ____
- Em que distrito vive? ____
- Em que terra vive? ____
- Em que lar estamos? ____

Nota: ____

3. Retenção:

- Pêra ____
- Gato ____
- Bola ____

Nota: ____

Figura 210 - Questionário funções mentais globais e específicas - Parte 2 de 8.

4. Atenção e Cálculo "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete até eu lhe dizer para parar":

27 ____ 24 ____ 21 ____ 18 ____ 15 ____

Nota: ____

5. Evocação:

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar"

- a. Pêra ____
- b. Gato ____
- c. Bola ____

Nota: ____

6. Linguagem:

- a. "Como se chama isto?" mostrar os objetos:

- i. Relógio ____
- ii. Lápis ____

Nota: ____

- b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: ____

- c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", dar a folha com as duas mãos.

- i. Pega com a mão direita ____
- ii. Dobra ao meio ____
- iii. Coloca onde deve ____

Nota: ____

- d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

- i. Fechou os olhos ____

Nota: ____

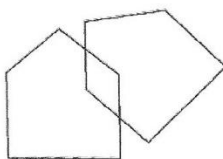
- e. "Escreve uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: ____

7. Habilidade Construtiva:

Deve copiar um desenho, dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: ____


Total : ____

Questionário sobre a Função: Sono

1. Quando vai para a cama? ____
2. Quanto tempo demora a adormecer depois de estar deitado?
 - a. Menos de 15 minutos ____
 - b. 16-30 minutos ____
 - c. 30-60 minutos ____
 - d. Mais de 60 minutos ____
3. A que horas acorda na manhã seguinte? ____
4. Quantas horas realmente dorme quando está na cama?
 - a. Mais de 7 horas ____
 - b. Entre 6-7 horas ____
 - c. Entre 5-6 horas ____
 - d. Menos de 5 horas ____

5. No último mês quantas vezes teve dificuldades em adormecer por:	Não no último mês (0)	Menos de 1 vez por semana (1)	1 ou 2 vezes por semana (2)	3 ou mais vezes por semana (3)
a. Não conseguir adormecer em menos de 30 minutos				
b. Acordar a meio da noite ou mais cedo de manhã				
c. Para ir à casa de banho				
d. Não conseguir respirar confortavelmente				
e. Tossir ou ressonar alto				
f. Sentir muito frio				
g. Sentir muito calor				
h. Ter pesadelos				
i. Ter dores				
j. Outras:				

Figura 513 - Questionário funções mentais globais e específicas - Parte 5 de 8.

		Perfil de Funções Mentais Globais e Específicas numa população idosa institucionalizada na região da Beira Interior Norte: Um estudo Descritivo		
6. No último mês quantas vezes usou medicamentos com receita ou sem receita média para o ajudar a dormir?				
7. No último mês, quantas vezes teve dificuldades em manter-se acordado para realizar as suas atividades?				
	Nenhum Problema (0)	Só um leve problema (1)	Um pouco de problema (2)	Um grande problema (3)
8. No último mês, quantas vezes tem sentido falta de entusiasmo para realizar as suas tarefas?				
	Muito Bom (0)	Bastante Bom (1)	Bastante Mau (2)	Muito Mau (3)
9. No último mês, de forma global, como avaliaria a sua qualidade de sono?				

Pontuação: ____

Questionário sobre a Função: Atenção

Nos seguintes quadros, assinale aqueles que são iguais aos indicados no topo da imagem, comece de cima para baixo e da esquerda para a direita (como se de uma leitura se trata-se):

Figura 614 - Questionário funções mentais globais e específicas - Parte 6 de 8.

Figura 715 - Questionário funções mentais globais e específicas - Parte 7 de 8.


	Perfil de Funções Mentais Globais e Específicas numa população idosa institucionalizada na região da Beira Interior Norte: Um estudo Descritivo
Nome do membro da equipa de Investigação:	
Assinatura:	Data:

Figura 816 - Questionário funções mentais globais e específicas - Parte 8 de 8.

Anexo III - Aplicação da Escala de Glasgow

A escala de Glasgow determina o início da análise pela resposta ocular que permitirá avaliar a integridade do sistema de ativação reticular. Nesta fase, após a aproximação ao utente se o mesmo responder espontaneamente com a abertura dos olhos (sem qualquer tipo de estímulo) classifica-se a reação com cotação máxima de quatro pontos, ou seja, resposta ocular espontânea (este ato involuntário, não implica que o utente compreenda o que se passa ao seu redor). Se esta reação não ocorrer será necessário a introdução de um estímulo, auditivo ou doloroso. O estímulo auditivo pode ser o simples chamar pelo nome ou pedir que execute a tarefa à qual está a ser avaliado, com, por exemplo, “Por favor, pode abrir os olhos?” (num tom suficientemente alto e claro, excluindo possíveis casos de surdez). Se ocorrer resposta classifica-se com cotação de três pontos, resposta ocular a estímulo auditivo, aquando de uma não resposta passa-se ao segundo tipo de estímulo, o doloroso. Neste passo será necessário explicar que o objetivo não é de o magoar ou promover uma lesão permanente (evitando possíveis respostas agressivas ou alterações comportamentais), tenta-se um toque ou um suave abanar no ombro para verificar a existência de resposta, se mesmo assim não ocorrer reação, aplica-se um estímulo doloroso periférico, durante 10-15 segundos com força gradual, como, por exemplo, por compressão digital. Uma pressão supraorbital ou apertar do trapézio podem ser alternativas a pensar mas é de esperar um efeito oposto, isto é, fecho dos olhos, já que corresponde a um estímulo central. Ocorrendo uma resposta, atribui-se cotação de dois pontos, resposta ocular a estímulo doloroso. No entanto se o utente não responder a nenhuma das alternativas expostas procede-se a uma classificação de um ponto, implicando, assim, uma resposta ocular ausente. (34-36)

Completa a resposta ocular inicia-se a análise da resposta verbal que avaliará os centros interpretativos cerebrais, onde as respostas verbais dependem particularmente da área de Wernick (lobo temporal) como centro de linguagem e área de Broca (lobo frontal) pela coordenação do discurso (tendo em atenção possíveis casos de barreira linguística). Para uma cotação de cinco pontos, resposta verbal orientada, será necessário determinar a existência de um discurso coerente, daí se evitar perguntas fechadas. Neste caso será atribuída esta classificação após um pequeno diálogo com perguntas que permitam uma análise do estado de consciência em relação ao espaço físico e temporal, como, por exemplo, “Como se chama?”, “Onde está?” e “Porque está aqui?”. Se a estas questões, ou a outro tipo, não se obtiver uma resposta ou a mesma esteja errada, mas há uma construção da frase é atribuída a cotação de quatro pontos, resposta verbal desorientada. Contudo, desorientada e palavras inapropriadas, cotação de três pontos, é em casos onde o utente tenta responder às questões mas é incapaz de formar frases lógicas ou recorre a repetições aleatórias numa tentativa de resposta. Em casos do utente se encontrar entubado, existência de dificuldade em falar, barreira linguística, mudez ou deficiência associada, ocorre uma classificação de resposta verbal com sons incompreensíveis, cotação de dois valores. Contudo, se não se obtiver qualquer tipo de som perceptível a classificação passa a um ponto, resposta verbal ausente. (34-36)

Uma última análise está associada à resposta motora que permitirá avaliar a integridade da área motora do córtex cerebral. Inicialmente é pedido ao utente que realize pelo menos duas atividades após uma ordem simples com instrução verbal (não sendo executado por quem está a realizar o inquérito de modo a evitar uma resposta copiada), como, por exemplo, “Levante o braço.”, “Aperte a minha mão.”, “Mostre os dentes.” ou “Levante o polegar.” (sempre que possível deve-se recorrer a pedidos pelos membros superiores). Na realização correta dos pedidos é atribuída uma classificação de seis pontos, resposta motora que obedece a ordens. Uma não realização implica uma observação do inquirido, assim nos casos de existência de uma máscara de oxigénio ou sonda nasogástrica pede-se que o utente mova a mão acima no nível do queixo. Se as duas situações referenciadas não existirem (que são por si só consideradas locais de dor) procede-se à aplicação de um estímulo doloroso neste caso central (por exemplo, um dos dois tipos já descritos previamente). Nos últimos dois casos referenciados a cotação será de cinco pontos, resposta motora em que localiza a dor. Contudo, na última situação, os valores poderão variar. Aquando da aplicação da dor, se o utente flexionar o braço no sentido da fonte da dor mas for incapaz de a localizar ou remover a fonte da dor a cotação é de quatro pontos, resposta motora com reação de fuga; se ocorre uma flexão anormal em resposta ao estímulo doloroso onde se flexiona o braço e gira o pulso a classificação é de três pontos, resposta motora com flexão anormal mas se ocorre extensão em resposta ao estímulo doloroso onde endireita o braço no cotovelo e gira o braço para dentro, a classificação é de dois pontos, resposta motora com extensão anormal. Após todas as possibilidades, se não existir qualquer tipo de resposta motora, esta é descrita como ausente e atribuída a cotação de um ponto. (34-36)

Anexo IV - Aplicação do Mini Mental State Examination

Para o MMSE são necessários materiais adicionais: dois objetos simples para que o utente os identifique (um relógio e um lápis); um cartão onde seja bem visível, com letras maiúsculas, uma frase escrita com uma ordem simples, “FECHE OS OLHOS”; e uma folha branca tamanho A4 para que o utente execute as ordens no momento a tal destinado.

Inicia-se a análise da orientação em relação ao tempo onde se coloca as questões: “Em que ano estamos?”, “Em que mês estamos?”, “Em que dia do mês estamos?”, “Em que dia da semana estamos?” e “Em que estação do ano estamos?”. Por cada resposta correta será atribuído a cotação de um ponto, com possível cotação máxima de cinco pontos. De seguida, é iniciada a avaliação da orientação no espaço, sendo pessoas institucionalizadas, as questões são adaptadas a este facto, e muito frequentemente existe uma perda da noção temporal, assim: “Em que país estamos?”, “Em que distrito vive?”, “Em que terra vive?”, “Em que lar estamos?” e “Qual o piso do lar em que está?”. A forma de cotação é efetuada no mesmo seguimento que a avaliação anterior, tal como o valor máximo possível. (51)

Na fase seguinte, é avaliada a capacidade de retenção do indivíduo onde são nomeados três termos diferentes “Pera”, “Gato” e “Bola”. Repete-se os mesmos até que o indivíduo demonstre a capacidade de retenção necessária, pedindo-se que no final repita as palavras que lhe foram ditas (atribuição de um ponto por cada palavra correta, com valor máximo de três pontos). Deve ser informado ao indivíduo que as deve decorar, pois mais tarde será promovido a evocação das mesmas. Para que exista espaço entre a retenção das três palavras referidas e a evocação das mesmas, é introduzida a avaliação sobre atenção e cálculo. Aqui pede-se ao utente que faça um pequeno conjunto de contas do tipo de subtração. Informa-se que deve começar no número trinta e daí subtrair menos três, ao valor encontrado deve retirar novamente três e assim sucessivamente até que se obtenha cinco respostas, um exemplo de expressão será: “Agora peço-lhe que faça um pequeno jogo de matemática comigo. Vai começar no número 30 e a esse número vai tirar 3. Ao número que tiver tira outra vez três e assim sucessivamente até que eu diga que já chega.”. Aquando deste momento, tal como nos outros casos, uma resposta correta significa o ganho de um ponto, uma resposta errada será zero, mas se a meio do processo de obtiver uma resposta errada não implica a atribuição posterior de cotação nula a todos os valores posteriores (valor máximo de cinco pontos). Nesta fase é preciso ter especial atenção aos casos onde não existe escolaridade suficiente, o que pode culminar numa cotação completamente nula. (51)

Para avaliar a memória do utente, passa-se à fase da evocação, onde se pede que volte a pronunciar as três palavras retidas previamente, como, por exemplo, “Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”, mais uma vez, uma cotação positiva equivale um ponto, com máximo de três pontos atribuíveis. (51)

A penúltima fase de avaliação centra-se na compreensão linguística onde será necessário o material identificado nos métodos. Inicia-se com a exposição dos dois objetos escolhidos e

pede-se a sua identificação, “Como se chama isto que tenho nas minhas mãos?”, uma atribuição correta do nome de cada elemento equivale a um ponto (dois pontos máximos). Posteriormente pede-se a repetição de uma frase comum e de uso generalizado, “Repita a frase que eu vou dizer: O rato roeu a rolha.”, sempre tendo em atenção uma correta exposição da mesma (um ponto se expressa corretamente). De seguida, é usada uma folha A4 branca onde se pede ao indivíduo que a pegue com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa, neste sentido, é avaliada a compreensão de uma ordem verbal, “Quando eu lhe der esta folha de papel, quero que pegue com a mão direita e a dobre ao meio para depois a colocar em cima da mesa”. Como são pedidos três elementos, três pontos máximos, por cada parte completa corretamente um ponto. Com um cartão com a inscrição “FECHE OS OLHOS”, ou seja uma ordem escrita, pede-se que execute a ordem aí presente, “Vou-lhe mostrar um cartão com uma frase escrita, você tem de o ler e depois fazer o que nele diz.”, permitindo a avaliação da capacidade de compreensão (o utente não tiver formação escolar suficiente para que compreenda o que esta escrito expressa-se o comando verbalmente). Para completar a seção da compreensão linguística é pedido que escreva uma frase completa e espontânea no inquérito, neste caso, sendo pessoas mais idosas, será difícil por vezes explicar e as mesmas podem demonstrar-se apreensivas daí adaptar-se a exposição do desafio por “Escreva aqui uma frase do que já fez hoje.”. Se a frase tiver sujeito, verbo e fizer sentido é dada a atribuição de um ponto, mas se existir erros gramaticais não há prejuízo na cotação. (51)

O último passo do MMSE é a habilidade construtiva, onde se pede para copiar um desenho composto por dois pentágonos sobrepostos por dois lados. Um ponto será obtido se a cópia efetuada tiver cada um dos pentágonos cinco lados e, se dois lados de cada um deles, estiverem interseccionados. (51)

Anexo V - Aplicação do Pittsburgh Sleep Quality Index

Relativamente à qualidade do sono é relativa às experiências sentidas no mês anterior. Este teste inclui sete componentes: qualidade subjetiva do sono; latência do sono; duração do sono; eficiência do sono; distúrbios do sono; uso de medicação; e disfunção diurna.

Para a componente um, “No último mês, de forma global, como avaliaria a sua qualidade de sono?”, existe a possibilidade de resposta: “Muito Bom”, pontuação de 0; “Bastante Bom”, 1 ponto; “Bastante Mau”, 2 pontos; e “Muito Mau” com cotação máxima de 3 pontos. Consoante o valor obtido nesta fase, permite a obtenção da resposta necessária, sem qualquer necessidade de cálculo adicional. (68-70)

Para a avaliação ao nível da latência do sono, componente dois, são utilizadas duas questões, a número 2 e a alínea a) da questão 5. A primeira, “Quanto tempo demora a adormecer depois de estar deitado?” possui as opções “Menos de 15 minutos”, “16-30 minutos”, “30-60 minutos” e “Mais de 60 minutos”, com atribuição gradual de pontos de 0 a 3, pela ordem crescente referida previamente. A segunda questão associada, “No último mês quantas vezes teve dificuldade em adormecer por não conseguir adormecer em menos de 30 minutos?”, atribui-se igual sistema de cotação às seguintes respostas, “Não no último mês”, “Menos de 1 vez por semana”, “1 ou 2 vezes por semana” e “3 ou mais vezes por semana”. Esta componente terá o seu valor atribuído após a soma dos valores individuais das duas respostas juntamente com a equivalência representada na Tabela 1. (68-70)

A componente três, duração do sono, reflete-se na questão 4, “Quantas horas realmente dorme quando está na cama?”, opções: “Mais de 7 horas”, 0 pontos; “Entre 6-7 horas”, 1 ponto; “Entre 5-6 horas”, 2 pontos; e “Menos de 5 horas”, 3 pontos, e não necessita de cálculos adicionais. (68-70)

A eficiência do sono, componente quatro, é a que envolve um maior esforço de cálculo. Para isso, usa-se a questão 1, “Quando vai para a cama?”; questão 3, “A que horas costuma acordar na manhã seguinte?” e a questão 4 já descrita previamente. Nesta fase, é aplicada uma equação (Equação 1) que permite o cálculo da eficiência do sono:

$$\text{Eficiência sono} = \frac{Q4}{Q3 - Q1} \times 100 \% \quad (1)$$

Nesta, é representado o Q4 como sendo a resposta obtida na questão 4, onde, para o cálculo, se a resposta fosse “Mais de 7 horas” colocava-se o valor de 7,5 horas; “Entre 6-7 horas”, valor de 6,5; “Entre 5-6 horas”, valor de 5,5 horas; e “Menos de 5 horas”, valor de 4,5 horas. As outras duas incógnitas associadas será o Q3 a questão 3 e o Q1 a questão 1. Novamente, para a atribuição de pontos, são necessárias equivalências indicadas na Tabela 2. (68-70)

Os distúrbios de sono são variados, sendo que os mesmos podem coexistir em determinados casos, neste sentido, para os avaliar existe a componente 5, que é equivalente à junção das respostas obtidas (iguais às já indicadas para a questão 5 alínea a)) desde a questão 5 alínea

b) até à alínea j) da mesma questão. Nesta última, é indicado a possibilidade do inquirido identificar mais algum tipo de perturbação ou hábito noturno que o faça ter dificuldades em adormecer. Após a soma de todos os pontos individuais (pelo mesmo raciocínio já indicado) é obtido um valor global que terá também uma atribuição em função da soma obtida (Tabela 1). (68-70)

O uso da medicação como forma de alívio dos mais variados distúrbios e promoção de um sono tranquilo é frequente e ainda mais numa população idosa e institucionalizada. Assim, a pergunta 6, “No último mês quantas vezes usou medicamentos com receita ou sem receita médica para o ajuda a dormir?”, atribui-se igual cotação de pontos, zero a três, para o mesmo seguimento de respostas às identificadas na componente dois, questão 5 alínea a). Nesta fase, ainda envolveu o fato adicional de recolha da informação dos medicamentos psicotrópicos, benzodiazepinas, ansiolíticos ou derivados que fossem utilizados pelos inquiridos com o fim de manter um sono com qualidade. (68-70)

A última componente, disfunção diurna, centra-se nas duas questões ainda não abordadas, a número 7, “No último mês, quantas vezes teve dificuldades em manter-se acordado para realizar as suas atividades?” (respostas e valores atribuídos iguais à questão 5 alínea a)), e a número 8, “No último mês, quantas vezes tem sentido falta de entusiasmo para realizar as suas tarefas?”, como respostas, “Nenhum problema”, 0 pontos, “Só um leve problema”, 1 ponto, “Um pequeno problema”, 2 pontos, e “Um grande problema” com 3 pontos. Nesta fase, é aplicado novamente o sistema de soma e atribuição o valor equitativo tal como representado na Tabela 1. (68-70)

Ao final, com todas as componentes individuais, é efetuado um último cálculo, soma-se todos os pontos da componente 1 (qualidade do sono subjetiva) à componente 7 (disfunção diurna) e é obtido o *score* total do PSQI. (68-70)

Tabela 1 - Valor equivalente a atribuir à componente 2 (soma dos valores individuais da questão 2 e 5 alínea a)), componente 5 (soma dos valores individuais da questão 5 alínea b) até à alínea j)) e componente 7 (soma dos valores individuais da questão 7 e 8) do PSQI em função dos valores obtidos da soma.

Soma Questão 2 + 5 a)	Componente 2	Soma Questão 5b) à 5j)	Componente 5	Soma Questão 7 + 8	Componente 7
[0]	0	[0]	0	[0]	0
[1-2]	1	[1-9]	1	[1-2]	1
[3-4]	2	[10-18]	2	[3-4]	2
[5-6]	3	[19-27]	3	[5-6]	3

Tabela 2 - Valor equivalente a atribuir à componente 4 (equação 1 já apresentada) do PSQI em função dos valores obtidos da percentagem.

Cálculo Questão 1 + 3 + 4	Componente 4
≥ 85%	0
[75 - 84%]	1
[65% - 74%]	2
< 65%	3

Anexo VI - Aplicação do teste de Toulouse-Piéron

O teste é impresso numa folha A3 (para que a população geriátrica tenha uma melhor acessibilidade na visualização), com quarenta linhas horizontais e igual número de linhas verticais. Cada uma delas possui uma sequência distinta de diferentes figuras (quadrados com traços exteriores, nos diferentes lados e vértices, de modo a representar a orientação da rosa dos ventos), das quais quinze estão corretas, igualando-se às três imagens representadas no topo da folha.

O teste deve ser cronometrado em dez minutos e inicia-se a escolha das respostas no sentido da leitura (da esquerda para a direita e de cima para baixo), quando achar que tem a resposta correta, o indivíduo efetua um risco sobre o quadrado escolhido. Ao final de cada minuto, é dito ao inquirido que faça uma cruz entre os quadrados e que continue o inquérito até que lhe seja dito novamente que efetue o mesmo procedimento. Aquando de um engano, o indivíduo deve fazer uma circunferência à volta do quadrado que entende que está errado e continuar normalmente. No final do inquérito são realizadas as contagens dos elementos bem marcados, ou seja, as respostas corretas (como letra A); os não marcados ou omissões (com letra O); e por fim as incorretas (com letra E). Com dados é calculado o poder de realização, poder de concentração e o rendimento. (77,78) Para a análise do poder de realização, do poder de concentração e do rendimento são aplicadas fórmulas matemáticas.

O poder de realização (RT) envolve o somatório de todas as respostas corretas ao longo dos 10 minutos menos o total da soma das respostas omissas e erradas (Equação 2): (77,78)

$$RT = A - (E + O) \quad (2)$$

Relativamente ao poder de realização atribui-se cinco classificações: inferior a 80 é muito lento; entre 80-99 será lento; entre 100-149, normal; de 150 a 199, bom; por último acima de 200 será um poder de realização máximo, ou seja, muito bom. Estes valores compilados, ao longo dos 10 minutos, permitem a formação de um gráfico, ascendente ou descendente, perante a melhor ou pior capacidade de resistência à fadiga. (77,78) A capacidade de concentração, ou índice de dispersão, corresponde a uma percentagem, obtida através da soma do número de respostas erradas e respostas omissas, a dividir pelo número total de respostas corretas, multiplicando por 100% (Equação 3): (77,78)



$$ID = \frac{E+O}{A} \times 100\% \quad (3)$$

Pela capacidade de concentração é passível a determinação do nível da concentração e do rendimento. Relativamente ao primeiro, valores superiores a 20% indicam um poder de concentração dispersíssimo, entre 15,1 e 20% o indivíduo é muito disperso, entre 10,1 e 15% será disperso, de 5 a 10% será concentrado, e por último, inferior a 5% dará um valor correspondente a muito concentrado. Para a segunda análise, obtêm-se um alto rendimento para valores inferiores a 5%, rendimento médio entre 5 e 15% e baixo rendimento para valores superiores a 15%. (77,78)

Anexo VII - Variáveis em estudo

Quantitativa	Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Horas que vai para a cama; • Horas que acorda.
	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Idade; • Resposta Ocular, Verbal e Motora; • Orientação em relação ao tempo e lugar; • Retenção; • Atenção e Cálculo; • Evocação; • Linguagem alínea a) à e); • Habilidade construtiva; • Soma MMSE; • Quanto tempo demora a adormecer e quantas horas dorme; • Dificuldades em adormecer da alínea a) à j) • Quantas vezes consome medicamentos para dormir; • Quantas vezes tem dificuldades em manter-se acordado; • Quantas vezes tem sentido falta de entusiasmo; • Como avalia a qualidade de sono; • Soma do PSQI; • Índice de dispersão numérico; • Poder de realização numérico.
Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Participação no inquérito (Sim, Não e Idade); • Comprometimento cognitivo (Com ou Sem comprometimento); • Qualidade do sono (Com ou Sem qualidade de sono); • Justificação Toulouse-Piéron (Difícil, Visão má, Avaliação qualitativa, Avaliação qualitativa com uma das condições comprida); • Fármacos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos.
	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Regime (Centro de dia, regime residencial (Lar), Serviço e Apoio domiciliário); • Género (Feminino, Masculino); • Faixa etária (65-74, 75-84, ≥85); • Grau de escolaridade (Sem escola, 1º Ciclo, 2º Ciclo, 3ºCiclo, Ensino Secundário, Ensino Superior, Sem informação); • Estado civil (Viúvo, Casado, Solteiro, Outro, Sem informação); • Escala e Glasgow (Vigilante e alerta, letargia ligeira, letargia moderada, letargia profunda, coma); • Rendimento (Alto Rendimento, Médio Rendimento, Baixo Rendimento); • Índice de dispersão qualitativo (Muito concentrado, Concentrado, Disperso, Muito disperso, Dispersíssimo); • Poder de realização qualitativo (Muito bom, Bom, Normal, Lento, Muito lento).

Anexo VIII - Autorização do questionário e consentimento informado

 Centro de Investigação e Intervenção Social Beira Interior  FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE	Autorização do Questionário: <u>Perfil de Funções Mentais Globais e Específicas numa população idosa institucionalizada na região da Beira Interior Norte: Um estudo Descritivo</u>
---	---

Estamos a fazer um estudo sobre as funções mentais globais, onde incluímos um estudo sobre a consciência, orientação, sono, atenção e memória, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), na Beira Interior, em instituições sociais. O estado mental será avaliado através de uma análise aos normais processos fisiológicos em associação ao perfil farmacoterapêutico do utente.

Pretendemos com este estudo obter um mapeamento da região, centrada ao nível da população mais envelhecida, de modo a verificar qual o impacto que este tema tem na população em questão.

Para o estudo necessitamos da colaboração dos utentes desta IPSS, através do preenchimento de questionários.

Todos os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos, poderão ser consultados pelos responsáveis científicos do projeto de investigação, ser publicados em revistas científicas e os participantes poderão requisitar informação sobre os seus dados. No entanto, os dados de carácter pessoal serão mantidos confidenciais.

Caso o desejem, os utentes podem-se recusar a participar neste estudo ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.


Compreendi que a participação dos utentes da IPSS neste estudo é voluntário, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo, tendo-me sido dada a oportunidade de discutir e fazer as perguntas que considere necessárias. Na qualidade de responsável da instituição consinto a realização do questionário na instituição, a todos os utentes que desejem participar de livre vontade, desde que o objetivo do estudo seja explicado e que todas as dúvidas sejam esclarecidas, não dispensando o preenchimento do Consentimento Informado individual de cada.

Responsável da Instituição (Nome Completo Maiúsculas):	
Assinatura:	Data:

Discuti o estudo e os seus métodos com o(a) responsável da instituição, foi-lhe dado tempo para pensar, e colocar dúvidas. A autorização foi assinada em duplicado, ficando uma cópia com o responsável e outra com o Investigador.

Nome do membro da equipa de Investigação:	
Assinatura:	Data:

Figura 1 - Autorização para a realização do inquérito entregue aos diretores técnicos das IPSS.

 <p>Centro de Investigação e Inovação em Saúde FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Declaração de Consentimento Informado:</p> <p><u>Perfil de Funções Mentais Globais e Específicas numa população idosa institucionalizada na região da Beira Interior Norte: Um estudo Descritivo</u></p>
--	--

Código de identificação do participante _____

Estamos a fazer um estudo sobre as funções mentais globais, onde incluímos um estudo sobre a consciência, orientação, sono, atenção e memória, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), na Beira Interior, em instituições sociais. O estado mental será avaliado através de uma análise aos normais processos fisiológicos em associação ao perfil farmacoterapêutico do utente.

Pretendemos com este estudo obter um mapeamento da região, centrada ao nível da população mais envelhecida, de modo a verificar qual o impacto que este tema tem na população em questão.

Para o estudo necessitamos da sua colaboração, através do preenchimento de alguns questionários.

Todos os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos, poderão ser consultados pelos responsáveis científicos do projeto de investigação, ser publicados em revistas científicas e os participantes poderão requisitar informação sobre os seus dados. No entanto, os dados de carácter pessoal serão mantidos confidenciais.

Caso assim o deseje, poderá recusar participar neste estudo ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Compreendi que a minha participação é voluntária e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo, tendo-me sido dada a oportunidade de discutir e fazer as perguntas que considere necessárias, assim consinto que me sejam aplicados os métodos propostos para o estudo atual.

Participante (Nome Completo Maiúsculas):	
Assinatura:	Data:

Discuti o estudo e os seus métodos com o participante, foi-lhe dado tempo para pensar, e colocar dúvidas. O Consentimento foi assinado em duplicado, ficando uma cópia com o participante e outra com o Investigador.

Nome do membro da equipa de Investigação:	
Assinatura:	Data:

Página 1 de 1

Figura 217 - Consentimento informado entregue individualmente a cada utente antes da realização do inquérito.

Anexo IX - Tabelas referentes aos resultados obtidos na análise descritiva

Tabela 1 - Distribuição da população da amostra de acordo com a participação no inquérito (n=353).

Utentes das IPSS	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Ausente	7	1,98%	1,98%
Idade inferior a 65 anos	4	1,33%	3,12%
Recusou	4	1,33%	4,25%
Aceitou	338	95,75%	100,00%
Total	353	100,00%	100,00%

Tabela 2 - Distribuição da população da amostra de acordo com a IPSS (n=338).

IPSS	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Aldeia de São Sebastião	44	13,02%	13,02%
Casteleiro	58	17,16%	30,18%
Misericórdia da Guarda	54	15,98%	46,15%
Pega	15	4,44%	50,59%
Pousafoles do Bispo	40	11,83%	62,43%
Santana da Azinha	36	10,65%	73,08%
Fernão Joanes	27	7,99%	81,07%
Videmonte	34	10,06%	91,12%
Vila do Touro	30	8,88%	100,00%
Total	338	100,00%	100,00%

Tabela 3 - Distribuição da população da amostra de acordo com o regime da IPSS (n=338).

Regime	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Centro de Dia	25	7,40%	7,40%
Internamento	308	91,12%	98,52%
Serviço de Apoio Domiciliário	5	1,48%	100,00%
Total	338	100,00%	100,00%

Tabela 4 - Distribuição da população da amostra de acordo com o género (n=338).

Género	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Feminino	252	74,56%	74,56%
Masculino	86	25,44%	100,00%
Total	338	100,00%	100,00%

Tabela 5 - Distribuição da população da amostra de acordo com o grupo etário (n=338).

Grupo Etário	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Grande Idoso	98	29,43%	29,43%
Idoso Adulto	217	65,17%	94,59
Idoso Jovem	18	5,41%	100,00%
Total	338	100,00%	100,00%

Tabela 6 - Distribuição da população da amostra de acordo com o grau de escolaridade (n=228).

Grau de Escolaridade	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
1º Ciclo	150	65,79%	65,79%
2º Ciclo	3	1,32%	67,11%
3º Ciclo	3	1,32%	68,42%
Sem Escolaridade	62	27,19%	95,61%
Ensino Secundário	5	2,19%	97,81%
Ensino Superior	5	2,19%	100,00%
Total	228	100,00%	100,00%

Tabela 7 - Distribuição da população da amostra de acordo com o estado civil (n=255).

Estado Civil	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Casado	48	18,82%	18,82%
Outro	11	4,31%	23,14%
Solteiro	33	12,94%	36,08%
Viúvo	163	63,92%	100,00%
Total	255	100,00%	100,00%

Tabela 8 - Distribuição da população da amostra de acordo com as patologias (n=1039).

Patologias	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Acidente Isquémico Transitório	3	0,29%	0,29%
Afasia	1	0,10%	0,38%
Alcoolismo	3	0,29%	0,67%
Alzheimer	23	2,21%	2,89%
Amaurose Fugaz	1	0,10%	2,98%
Anemia	17	1,64%	4,62%
Aneurisma da Aorta	1	0,10%	4,72%
Angina de Peito	2	0,19%	4,91%
Angiomiolipoma	1	0,10%	5,00%
Anorexia	1	0,10%	5,10%
Ansiedade	16	1,54%	6,54%
Apneia do Sono	1	0,10%	6,74%

Arritmia Cardíaca	8	0,77%	7,51%
Artralgia	1	0,10%	7,60%
Artrite Reumatóide	1	0,10%	7,60%
Asma	4	0,38%	8,08%
Aterosclerose	2	0,19%	8,28%
Acidente Vascular Cerebral	36	3,46%	11,74%
Bloqueio do Ramo	1	0,10%	11,74%
Bócio	1	0,10%	11,93%
Bronquite	7	0,67%	12,61%
Caquexia	1	0,10%	12,70%
Carcinoma Basocelular	1	0,10%	12,80%
Cardiopatía Isquémica	17	1,64%	14,44%
Cataratas	3	0,29%	14,73%
Cegueira	1	0,10%	14,82%
Ciatalgia	1	0,10%	14,92%
Cirrose Hepática	1	0,10%	15,01%
Colecistite	1	0,10%	15,11%
Colelitíase	5	0,48%	15,59%
Colestase	1	0,10%	15,69%
Colite Pseudomembranosa	3	0,29%	15,98%
Convulsões	1	0,10%	16,07%
Défice Cognitivo	4	0,38%	16,46%
Degenerescência Macular	1	0,10%	16,55%
Demência	35	3,37%	19,92%
Depressão	36	3,46%	23,39%
Dermatite	3	0,29%	23,68%
Diabetes	5	0,48%	24,16%
Diabetes Tipo 1	12	1,15%	25,31%
Diabetes Tipo 2	48	4,62%	29,93%
Dislipidemia	50	4,81%	34,74%
Dispepsia	1	0,10%	34,84%
Distúrbio Bipolar	3	0,29%	35,13%
Diverticulose	1	0,10%	35,23%
Doença de Bowen	1	0,10%	35,32%
Doença de Pick	1	0,10%	35,42%
Doença Renal Crônica	1	0,10%	35,51%
Doença Renal Policística	2	0,19%	35,71%
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	6	0,58%	36,28%
Embolia Pulmonar	1	0,10%	36,38%

Enfarte Agudo do Miocárdio	8	0,77%	37,15%
Enterite	1	0,10%	37,25%
Epilepsia	3	0,29%	37,54%
Esclerodermia	1	0,10%	37,63%
Escoliose	2	0,19%	37,82%
Esofagite	4	0,38%	38,21%
Espondilose	2	0,19%	38,40%
Esquizofrenia	4	0,38%	38,79%
Esteatose Hepática	1	0,10%	38,88%
Estenose Aórtica	1	0,10%	38,98%
Fibrilação Auricular	18	1,73%	40,71%
Fratura da Bacia	1	0,10%	40,81%
Fratura Trocantérica	1	0,10%	40,90%
Gastrite	11	1,06%	41,96%
Glaucoma	2	0,19%	42,16%
Gota	1	0,10%	42,25%
HBP (hiperplasia Benigna da Próstata)	15	1,44%	43,70%
Hemiparesia	6	0,58%	44,27%
Hemorroidas	7	0,67%	44,95%
Hepatomegalia	1	0,10%	45,04%
Hérnia Abdominal	3	0,29%	45,33%
Hérnia do Disco	2	0,19%	45,52%
Hérnia do Hiato	6	0,58%	46,10%
Hidrocele Testicular	1	0,10%	46,20%
Hiparatiroidismo Primário	1	0,10%	46,29%
Hipertensão Pulmonar	1	0,10%	46,39%
Hipertiroidismo	4	0,38%	46,78%
Hipertrofia Ventricular	1	0,10%	46,87%
Hiperuricemia	10	0,96%	47,83%
Hipocaliemia	1	0,10%	47,93%
Hipocoagulação	3	0,29%	48,22%
Hiponatremia	1	0,10%	48,32%
Hipotensão	3	0,29%	48,60%
Hipotiroidismo	13	1,25%	49,86%
HTA (Hipertensão Arterial)	144	13,86%	63,72%
Incontinência Urinária	2	0,19%	63,91%
Infeção do Trato Urinário	1	0,10%	64,00%
Insuficiência Cardíaca	50	4,81%	68,82%
Insuficiência	1	0,10%	68,91%

Circulatória			
Insuficiência Renal	18	1,73%	70,64%
Insuficiência Respiratória	6	0,58%	71,22%
Insuficiência Venosa Crônica	13	1,25%	72,47%
Isquemia Arterial	1	0,10%	72,57%
Isquemia Intestinal	1	0,10%	72,67%
Leucoencefalopatia	2	0,19%	72,86%
Leucoencefalopatia Microangiopática	1	0,10%	72,95%
Linfoma	2	0,19%	73,15%
Lipossarcoma	1	0,10%	73,24%
Litíase Renal	1	0,10%	73,34%
Lombalgia	1	0,10%	73,44%
Meningioma Benigno	3	0,29%	73,72%
Mieloma Múltiplo	1	0,10%	73,82%
Miocardipatia	1	0,10%	73,92%
Nada (sem patologia)	3	0,29%	74,21%
Neoplasia Cerebral	1	0,10%	74,30%
Neoplasia da Cavidade Nasal	2	0,19%	74,49%
Neoplasia Maligna da Mama	5	0,48%	74,98%
Neoplasia Maligna da Próstata	1	0,10%	75,07%
Neoplasia Maligna do Cólon/Recto	5	0,48%	75,55%
Neoplasia Maligna do Estômago	4	0,38%	75,94%
Neoplasia Maligna do Ovário	1	0,10%	76,03%
Nevralgia do Trigêmeo	1	0,10%	76,13%
Obesidade	7	0,67%	76,80%
Obstipação	3	0,29%	77,09%
Osteoartrose	33	3,18%	80,27%
Osteopenia	5	0,48%	80,75%
Osteoporose	16	1,54%	82,29%
Osteosclerose	1	0,10%	82,39%
Otite	1	0,10%	82,48%
<i>Overdose</i> Medicamentosa	1	0,10%	82,58%
Pancreatite	1	0,10%	82,68%
Parkinson	21	2,02%	84,70%
Penfigoide Bolhoso	2	0,19%	84,89%
Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático	1	0,10%	84,99%

Poliglobulia	1	0,10%	85,08%
Portados de Pacemaker	13	1,25%	86,33%
Problema Cardíaco	1	0,10%	86,43%
Problema do Foro Psíquico	9	0,87%	87,30%
Problema Gastrointestinal	1	0,10%	87,39%
Problema Ginecológico	1	0,10%	87,49%
Problema Osteoarticular	2	0,19%	87,68%
Problema Respiratório	2	0,19%	87,87%
Prolapso da Bexiga	1	0,10%	87,97%
Prolapso Uterino	1	0,10%	88,07%
Psicose	3	0,29%	88,35%
Psoríase	2	0,19%	88,55%
Rabdmíólise	3	0,29%	88,84%
Refluxo Gastroesofágico	10	0,96%	89,80%
Retinopatia	1	0,10%	89,89%
Sem Informação sobre Patologia	49	4,72%	94,61%
Senelidade	2	0,19%	94,80%
Síndrome Vertiginoso	9	0,87%	95,67%
Síndrome de Zollinger-Ellison	4	0,38%	96,05%
Sinusite	1	0,10%	96,15%
Sopro Cardíaco	1	0,10%	96,25%
Transtorno de Pânico	1	0,10%	96,34%
Traqueobronquite Aguda	1	0,10%	96,44%
Traumatismo Cranioencefálico	10	0,96%	97,40%
Trombocitemia Essencial	1	0,10%	97,50%
Trombocitopenia	1	0,10%	97,59%
Trombose	3	0,29%	97,88%
Úlcera Crônica da Pele	4	0,38%	98,27%
Úlcera Péptica	13	1,25%	99,52%
Valvulopatia	4	0,38%	99,90%
Vesícula Biliar Hiperativa	1	0,10%	100,00%
Total	1039	100,00%	100,00%

Tabela 9 - Distribuição da população da amostra de acordo com a resposta ocular - escala de Glasgow (n=338).

Resposta Ocular	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
1	30	8,88%	8,88%
3	5	1,48%	10,36%
4	303	89,64%	100,00%
Total	338	100,00%	100,00%

Tabela 10 - Distribuição da população da amostra de acordo com a resposta verbal - escala de Glasgow (n=338).

Resposta Verbal	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
1	30	8,88%	8,88%
2	6	1,78%	10,65%
3	36	10,65%	21,30%
4	82	24,26%	45,56%
5	184	54,44%	100,00%
Total	338	100,00%	100,00%

Tabela 11 - Distribuição da população da amostra de acordo com a resposta motora - escala de Glasgow (n=338).

Resposta Motora	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
1	68	11,24%	11,24%
5	4	1,18%	12,43%
6	96	87,57%	100,00%
Total	338	100,00%	100,00%

Tabela 12 - Distribuição da população da amostra de acordo o estado de consciência - escala de Glasgow (n=338).

Escala de Glasgow	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Letargia Ligeira	108	31,95%	31,95%
Letargia Moderada	14	4,14%	36,09%
Letargia Profunda	11	3,25%	39,35%
Estado Comatoso	24	7,10%	46,45%
Vigilante e Alerta	181	53,55%	100,00%
Total	338	100,00%	100,00%

Tabela 13 - Distribuição da população da amostra de acordo a orientação em relação ao tempo - MMSE (n=249).

Orientação em Relação ao Tempo	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	17	6,83%	6,83%
1	39	15,66%	22,49%
2	44	17,67%	40,16%
3	44	17,67%	57,83%
4	37	14,86%	72,69%
5	68	27,31%	100,00%
Total	249	100,00%	100,00%

Tabela 14 - Distribuição da população da amostra de acordo a orientação em relação ao lugar - MMSE (n=249).

Orientação em Relação ao Lugar	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	7	2,81%	2,81%
1	15	6,02%	8,84%
2	24	9,64%	18,47%
3	51	20,48%	38,96%
4	152	61,04%	100,00%
Total	249	100,00%	100,00%

Tabela 15 - Distribuição da população da amostra de acordo a capacidade de retenção - MMSE (n=249).

Retenção	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	11	4,42%	4,42%
1	12	4,82%	9,24%
2	25	10,04%	19,28%
3	201	80,72%	100,00%
Total	249	100,00%	100,00%

Tabela 16 - Distribuição da população da amostra de acordo a atenção e cálculo - MMSE (n=249).

Atenção e Cálculo	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	95	38,15%	38,15%
1	37	14,86%	53,01%
2	13	5,22%	58,23%
3	15	6,02%	64,26%
4	8	3,21%	67,47%
5	81	32,53%	100,00%
Total	249	100,00%	100,00%

Tabela 17 - Distribuição da população da amostra de acordo a capacidade de evocação - MMSE (n=249).

Evocação	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	99	39,76%	39,76%
1	53	21,29%	61,04%
2	38	15,26%	76,31%
3	59	23,69%	100,00%
Total	249	100,00%	100,00%

Tabela 18 - Distribuição da população da amostra de acordo a capacidade de linguagem (alínea a) - MMSE (n=248).

Linguagem Alínea a)	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	6	2,42%	2,42%
1	13	5,24%	7,66%
2	229	92,34%	100,00%
Total	248	100,00%	100,00%

Tabela 19 - Distribuição da população da amostra de acordo a capacidade de linguagem (alínea b) - MMSE (n=248).

Linguagem Alínea b)	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	37	14,92%	14,92%
1	211	85,08%	100,00%
Total	248	100,00%	100,00%

Tabela 20 - Distribuição da população da amostra de acordo a capacidade de linguagem (alínea c) - MMSE (n=248).

Linguagem Alínea c)	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	2	0,81%	0,81%
1	15	6,05%	6,85%
2	5	2,02%	8,87%
3	226	91,13%	100,00%
Total	248	100,00%	100,00%

Tabela 21 - Distribuição da população da amostra de acordo a capacidade de linguagem (alínea d) - MMSE (n=248).

Linguagem Alínea d)	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	11	4,44%	4,44%
1	237	95,56%	100,00%
Total	248	100,00%	100,00%

Tabela 22 - Distribuição da população da amostra de acordo a capacidade de linguagem (alínea e) - MMSE (n=248).

Linguagem Alínea e)	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	139	56,05%	56,05%
1	109	43,95%	100,00%
Total	248	100,00%	100,00%

Tabela 23 - Distribuição da população da amostra de acordo a habilidade construtiva - MMSE (n=248).

Habilidade Construtiva	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	209	84,27%	84,27%
1	39	15,73%	100,00%
Total	248	100,00%	100,00%

Tabela 24 - Distribuição da população da amostra de acordo o estado cognitivo - MMSE (n=221).

Estado Cognitivo	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Comprometimento	150	67,87%	67,87%
Sem Comprometimento	71	32,13%	100,00%
Total	221	100,00%	100,00%

Tabela 25 - Distribuição da população da amostra de acordo as horas a que o utente se deita - PSQI (n=247).

A que horas se deita?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
18:00	2	0,81%	0,81%
19:00	10	4,05%	4,86%
19:30	20	8,10%	12,96%
20:00	61	24,70%	37,65%
20:30	39	15,79%	53,44%
21:00	51	20,65%	74,09%
21:30	19	7,69%	81,78%
22:00	25	10,12%	91,90%
22:30	7	2,83%	94,74%
23:00	10	4,05%	98,79%
23:30	2	0,81%	99,60%
24:00	1	0,40%	100,00%
Total	247	100,00%	100,00%

Tabela 26 - Distribuição da população da amostra de acordo o tempo que demora a adormecer - PSQI (n=247).

Quanto tempo demora a adormecer?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Menos de 15 minutos	82	33,20%	33,20%
Mais de 60 minutos	56	22,67%	55,87%
Entre 16 a 30 minutos	79	31,98%	87,85%
Entre 30 a 60 minutos	30	12,15%	100,00%
Total	247	100,00%	100,00%

Tabela 27 - Distribuição da população da amostra de acordo com acordo as horas a que o utente acorda - PSQI (n=247).

A que horas acorda?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
05:00	9	3,64%	3,64%
05:30	2	0,81%	4,45%
05:45	1	0,40%	4,86%
06:00	43	17,41%	22,27%
06:30	16	6,48%	28,74%
07:00	76	30,77%	59,51%
07:30	30	12,15%	71,66%
08:00	46	18,62%	90,28%
08:30	7	2,83%	93,12%
09:00	12	4,86%	97,98%
09:30	2	0,81%	99,60%
10:00	2	0,81%	100,00%
10:30	1	0,40%	100,00%
Total	247	100,00%	100,00%

Tabela 28 - Distribuição da população da amostra de acordo com as horas que dorme - PSQI (n=247).

Quantas horas dorme?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Menos de 5 horas	60	24,29%	24,29%
Mais de 7 horas	58	23,48%	47,77%
Entre 5 a 6 horas	38	15,38%	63,16%
Entre 6 a 7 horas	91	36,84%	100,00%
Total	247	100,00%	100,00%

Tabela 29 - Distribuição da população da amostra de acordo com as dificuldades noturnas - PSQI (n=245).

Dificuldades em adormecer por:	Não no último mês % (n)	Menos de 1 vez por semana % (n)	1 a 2 vezes por semana % (n)	3 ou mais vezes por semana % (n)
a. Não adormecer em menos de 30 minutos (n=247)	25,9 (64)	10,1 (25)	30,0 (74)	34,0 (84)
b. Acordar a meio da noite ou muito cedo de manhã (n=247)	9,3 (23)	5,7 (14)	19,4 (48)	65,6 (162)
c. Para ir à casa de banho (n=246)	21,1 (52)	5,3 (13)	17,9 (44)	55,6 (137)
d. Não conseguir respirar confortavelmente (n=245)	88,2 (216)	7,4 (18)	2,4 (6)	2,0 (5)
e. Tossir ou ressonar alto (n=245)	86,5 (212)	6,1 (15)	2,0 (5)	5,3 (13)
f. Sentir muito frio (n=245)	92,7 (227)	4,9 (12)	1,6 (4)	0,8 (2)
g. Sentir muito calor (n=245)	88,6 (217)	6,1 (15)	2,0 (5)	3,3 (8)
h. Ter pesadelos (n=245)	34,7 (85)	31,4 (77)	13,9 (34)	20,0 (49)
i. Ter dores (n=245)	36,3 (89)	15,5 (38)	17,6 (43)	30,6 (75)
j. Outras (n=245)	97,1 (238)	-	-	2,9 (7)

Tabela 30 - Distribuição da população da amostra de acordo com a frequência de toma de medicamentos para dormir - PSQI (n=247).

Quantas vezes toma medicamentos para dormir?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	113	45,75%	45,75%
3	134	54,25%	100,00%
Total	247	100,00%	100,00%

Tabela 31 - Distribuição da população da amostra de acordo com a dificuldade de cada utente manter-se acordado - PSQI (n=244).

Quantas vezes teve dificuldade em manter-se acordado?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	55	22,54%	22,54%
1	45	18,44%	40,98%
2	54	22,13%	63,11%
3	90	36,89%	100,00%
Total	244	100,00%	100,00%

Tabela 32 - Distribuição da população da amostra de acordo com a falta de entusiasmo diário - PSQI (n=244).

Quantas vezes teve senti-o falta de entusiasmo?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	57	23,36%	23,36%
1	75	30,74%	54,10%
2	65	26,64%	80,74%
3	47	19,86%	100,00%
Total	244	100,00%	100,00%

Tabela 33 Distribuição da população da amostra de acordo com a interpretação subjetiva da qualidade de sono - PSQI (n=244).

Como avalia a sua qualidade de sono?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
0	44	18,03%	18,03%
1	115	47,13%	65,16%
2	73	29,92%	95,08%
3	12	4,92%	100,00%
Total	244	100,00%	100,00%

Tabela 34 - Distribuição da população da amostra de acordo com a qualidade de sono - PSQI (n=244).

Qualidade de sono pelo PSQI	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Boa Qualidade	22	8,91%	8,91%
Má Qualidade	225	91,09%	100,00%
Total	244	100,00%	100,00%

Tabela 35 - Distribuição da população da amostra de acordo com o tipo de medicamento ansiolítico, sedativo ou hipnótico - PSQI (n=247).

Que medicamento (s) usa para dormir?	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Alprazolam	20	8,10%	8,10%
Alprazolam + Brotizolam	1	0,40%	8,50%
Alprazolam + Clonazepam	1	0,40%	8,91%
Alprazolam + Diazepam + Lorazepam	1	0,40%	9,31%
Alprazolam + Hidroxizina	2	0,81%	10,12%
Alprazolam + Lorazepam	9	3,64%	13,77%
Alprazolam + Oxazepam	1	0,40%	18,62%
Bromazepam	10	4,05%	18,22%

Bromazepam + Clobazam	1	0,40%	18,62%
Bromazepam + Diazepam	1	0,40%	19,03%
Bromazepam + Hidroxizina	2	0,81%	19,84%
Bromazepam + Hidroxizina + Lorazepam	3	1,21%	21,05%
Bromazepam + Lorazepam	1	0,40%	21,46%
Cetazolam	2	0,81%	22,27%
Clobazam	1	0,40%	22,67%
Clorazepato dipotássico	1	0,40%	23,08%
Cloxacolam + Diazepam	1	0,40%	23,48%
Diazepam	4	1,62%	25,10%
Diazepam + Hidroxizina	1	0,40%	25,51%
Flurazepam	1	0,40%	25,91%
Hidroxizina	5	2,02%	27,94%
Loflazepato de etilo	1	0,40%	28,34%
Lorazepam	41	16,60%	44,94%
Lorazepam + Hidroxizina	4	1,62%	46,56%
Lorazepam + Mexazolam	1	0,40%	46,96%
Lorazepam + Oxazepam	1	0,40%	47,37%
Não Toma	113	45,75%	93,12%
Oxazepam	6	2,43%	95,55%
Sem Informação	10	4,05%	99,60%
Zolpidem	1	0,40%	100,00%
Total	247	100,00%	100,00%

Tabela 36 - Distribuição da população da amostra de acordo com a atenção - teste de Toulouse-Piéron (n=244).

Teste de Toulouse-Piéron	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
2º Condição Cumprida	24	9,84%	9,84%
Difícil	57	23,36%	33,20%
Qualitativamente	86	35,25%	68,44%
Visão Má	77	31,56%	100,00%
Total	244	100,00%	100,00%

Anexo X - Tabelas referentes aos resultados obtidos na análise bivariada

Tabela 1 - Distribuição do grupo etário de acordo com o gênero (n=333).

Grupo Etário	Gênero		Total
	Feminino	Masculino	
Grande Idoso	75 76,53%; 36,36%	23 23,47%; 26,74%	98 100,00%; 29,43%
Idoso Adulto	164 75,58%; 66,40%	53 24,42%; 61,3%	217 100,00%; 65,17%
Idoso Jovem	8 44,44%; 3,24%	10 55,56%; 11,63%	18 100,00%; 5,41%
Total	247 74,17%; 100,00%	86 25,83%; 100,00%	333 100,00%; 100,00%
$\chi^2=8,1$; $p=0,012$			

Tabela 2 - Distribuição do estado de consciência de acordo com o gênero (n=338).

Escala de Glasgow	Gênero		Total
	Feminino	Masculino	
Letargia Ligeira	83 76,85%; 32,94%	25 23,15%; 29,07%	108 100,00%; 31,95%
Letargia Moderada	7 50,00%; 2,78%	7 50,00%; 8,14%	14 100,00%; 4,14%
Letargia Profunda	10 90,91%; 3,97%	1 9,09%; 1,16%	11 100,00%; 3,5%
Estado Comatoso	22 91,67%; 8,73%	2 8,33%; 2,33%	24 100,00%; 7,10%
Vigilante e Alerta	130 71,82%; 51,59%	51 28,18%; 59,30%	181 100,00%; 53,55%
Total	252 74,56%; 100,00%	86 25,44%; 100,00%	338 100,00%; 100,00%
$\chi^2=46,98$; $p=0,001$			

Tabela 3 - Distribuição do estado de consciência de acordo com o grupo etário (n=333).

Escala de Glasgow	Grupo Etário			Total
	Grande Idoso	Idoso Adulto	Idoso Jovem	
Letargia Ligeira	38 36,19%; 38,78%	63 60,00%; 29,03%	4 3,81%; 22,22%	105 100,00%; 31,53%
Letargia Moderada	2 15,38%; 2,04%	10 76,92%; 4,61%	1 7,69%; 5,56%	13 100,00%; 3,90%
Letargia Profunda	6 54,55%; 6,12%	5 45,45%; 2,30%	0 0,00%; 0,00%	11 100,00%; 3,30%
Estado Comatoso	8 33,33%; 8,16%	15 62,50%; 6,91%	1 4,17%; 5,56%	24 100,00%; 7,21%
Vigilante e Alerta	44 24,44%; 44,90%	124 68,89%; 57,14%	12 6,67%; 66,67%	180 100,00%; 54,05%
Total	98 24,43%; 100,00%	217 65,17%; 100,00%	18 5,41%; 100,00%	333 100,00%; 100,00%
$\chi^2=10,15; p=0,255$				

Tabela 4 - Distribuição do estado de consciência de acordo com o grau de escolaridade (n=228).

Escala de Glasgow	Grau de Escolaridade						Total
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Sem Escolaridade	Ensino Secundário	Ensino Superior	
Letargia Ligeira	39 60,00%; 26,00%	0 0,00%; 0,00%	1 1,54%; 33,33%	23 35,38%; 37,10%	1 1,54%; 20,00%	1 1,54%; 20,00%	65 65,00%; 28,51%
Letargia Moderada	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	2 100,00%; 3,23%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	2 100,00%; 0,88%
Letargia Profunda	0 NA*; 0,00%	0 NA*; 0,00%	0 NA*; 0,00%	0 NA*; 0,00%	0 NA*; 0,00%	0 NA*; 0,00%	0 100,00%; 0,00%
Estado Comatoso	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	1 100,00%; 1,61%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	1 100,00%; 0,44%
Vigilante e Alerta	111 69,38%; 74,00%	3 1,88%; 100,00%	2 1,25%; 66,67%	36 22,50%; 58,06%	4 2,50%; 80,00%	4 2,50%; 80,00%	160 100,00%; 70,18%
Total	150 65,79%; 100,00%	3 1,32%; 100,00%	3 1,32%; 100,00%	62 27,19%; 100,00%	5 2,19%; 100,00%	5 2,19%; 100,00%	228 100,00%; 100,00%
$\chi^2=46,98; p=0,001$							
*NA = não atribuído.							

Tabela 5 - Distribuição do estado de consciência de acordo com o estado cognitivo (n=221).

Escala de Glasgow	Estado Cognitivo		Total
	Com Déficit Cognitivo	Sem Déficit Cognitivo	
Letargia Ligeira	60 95,24%; 40,00%	3 4,76%; 4,23%	63 100,00%; 28,55%
Letargia Moderada	1 100,00%; 0,67%	0 0,00%; 0,00%	1 100,00%; 0,45%
Letargia Profunda	0 NA*; 0,00%	0 NA*; 0,00%	0 0,00%; 0,00%
Estado Comatoso	0 NA*; 0,00%	0 NA*; 0,00%	0 0,00%; 0,00%
Vigilante e Alerta	89 56,60%; 59,33%	68 43,31%; 95,77%	157 100,00%; 71,04%
Total	150 67,87%; 100,00%	71 32,13%; 100,00%	221 100,00%; 100,00%

$\chi^2=74,90$; $p=0,000$

*NA = não atribuído.

Tabela 6 - Distribuição do estado cognitivo de acordo com o gênero (n=221).

Estado Cognitivo	Gênero		Total
	Feminino	Masculino	
Com Déficit Cognitivo	121 80,67%; 74,69%	29 19,33%; 49,15%	150 100,00%; 67,87%
Sem Déficit Cognitivo	41 57,75%; 25,31%	30 42,25%; 50,85%	71 100,00%; 32,13%
Total	162 73,30%; 100,00%	59 26,70%; 100,00%	221 100,00%; 100,00%

$\chi^2=11,79$; $p=0,000$

Tabela 7 - Distribuição do estado cognitivo de acordo com o grupo etário (n=221).

Estado Cognitivo	Grupo Etário			Total
	Grande Idoso	Idoso Adulto	Idoso Jovem	
Com Déficit Cognitivo	45 30,00%; 70,59%	100 66,67%; 66,67%	5 3,33%; 38,46%	150 100,00%; 67,87%
Sem Déficit Cognitivo	13 18,31%; 22,41%	50 70,42%; 33,33%	8 11,27%; 61,54%	71 100,00%; 32,13%
Total	58 26,24%; 100,00%	150 67,87%; 100,00%	13 5,88%; 100,00%	221 100,00%; 100,00%

$\chi^2=7,77$; $p=0,021$

Tabela 8 - Distribuição do estado cognitivo de acordo com o grau de escolaridade (n=221).

Estado Cognitivo	Grau de Escolaridade						Total
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Sem Escolaridade	Ensino Secundário	Ensino Superior	
Com Défice Cognitivo	86 57,33% ; 59,31%	0 0,00%; 0,00%	3 2,00%; 100,00%	56 37,33%; 93,33%	2 1,33%; 40,00%	3 2,00%; 60,00%	150 100,00% ; 67,87%
Sem Défice Cognitivo	59 83,10% ; 40,69%	3 4,23%; 100,00%	0 0,00%; 0,00%	4 5,63%; 6,67%	3 4,23%; 60,00%	2 2,82%; 40,00%	71 100,00% ; 32,13%
Total	145 65,61% ; 100,00%	3 1,36%; 100,00%	3 1,36%; 100,00%	60 27,15%; 100,00%	5 2,26%; 100,00%	5 2,26%; 100,00%	221 100,00% ; 100,00%
$\chi^2=32,39$; $p=0,000$							

Tabela 9 - Distribuição da orientação em relação ao lugar de acordo com o género (n=249).

Orientação em Relação ao Lugar	Género		Total
	Feminino	Masculino	
0	7 100,00%; 3,85%	0 0,00%; 0,00%	7 100,00%; 2,81%
1	10 66,67%; 5,49%	5 33,33%; 7,46%	15 100,00%; 6,02%
2	16 66,67%; 8,79%	8 33,33%; 11,94%	24 100,00%; 9,64%
3	38 74,51%; 20,88%	13 25,49%; 19,40%	51 100,00%; 20,48%
4	111 73,03%; 60,99%	41 26,97%; 61,19%	152 100,00%; 61,04%
Total	182 73,09; 100,00%	67 26,91%; 100,00%	249 100,00%; 100,00%
$\chi^2=3,45$; $p=0,486$			

Tabela 10 - Distribuição da orientação em relação ao lugar de acordo com o grupo etário (n=242).

Orientação em Relação ao Lugar	Grupo Etário			Total
	Grande Idoso	Idoso Adulto	Idoso Jovem	
0	3 42,86%; 4,41%	4 57,14%; 2,42%	0 0,00%; 0,00%	7 100,00%; 2,83%
1	4 26,67%; 5,88%	11 73,33%; 6,67%	0 0,00%; 0,00%	15 100,00%; 6,07%
2	7 31,82%; 10,29%	13 59,09%; 7,88%	2 9,09%; 14,29%	22 100,00%; 8,91%
3	15 29,41%; 22,06%	35 68,63%; 21,21%	1 1,96%; 7,14%	51 100,00%; 20,65%
4	39 25,66%; 57,35%	102 67,11%; 61,82%	11 7,24%; 78,57%	152 100,00%; 61,54%
Total	68 27,53%; 100,00%	165 66,80%; 100,00%	14 5,67%; 100,00%	242 100,00%; 100,00%
$\chi^2=5,15$; $p=0,742$				

Tabela 11 - Distribuição da orientação em relação ao lugar de acordo com o grau de escolaridade (n=221).

Orientação em Relação ao Lugar	Grau de Escolaridade						Total
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Sem Escolaridade	Ensino Secundário	Ensino Superior	
0	3 60,00%; 2,07%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	2 40,00%; 3,33%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	5 100,00%; 2,26%
1	7 58,33%; 4,83%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	4 33,33%; 6,67%	0 0,00%; 0,00%	1 8,33%; 20,00%	12 100,00%; 5,43%
2	9 50,00%; 61,21%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	9 50,00%; 15,00%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	18 100,00%; 8,14%
3	28 60,87%; 18,31%	0 0,00%; 0,00%	1 2,17%; 33,33%	17 36,96%; 28,33%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	46 100,00%; 20,81%
4	98 70,00%; 67,59%	3 2,14%; 100,00%	2 1,43%; 66,67%	28 20,00%; 46,67%	5 3,57%; 100,00%	4 2,86%; 80,00%	140 100,00%; 63,35%
Total	145 65,61%; 100,00%	3 1,36%; 100,00%	3 1,36%; 100,00%	60 27,15%; 100,00%	5 2,26%; 100,00%	5 2,26%; 100,00%	221 100,00%; 100,00%
$\chi^2=18,72$; $p=0,540$							

Tabela 12 - Distribuição do estado cognitivo de acordo com a orientação em relação ao lugar (n=221).

Estado Cognitivo	Orientação em Relação ao Lugar					Total
	0	1	2	3	4	
Com Déficit Cognitivo	5 3,33%; 100,00%	12 8,00%; 100,00%	16 10,67%; 88,89%	43 28,67%; 93,48%	74 49,33%; 52,86%	150 100,00%; 67,87%
Sem Déficit Cognitivo	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	2 2,82%; 11,11%	3 4,23%; 6,52%	66 92,96%; 47,14%	71 100,00%; 32,13%
Total	5 2,26%; 100,00%	12 5,43%; 100,00%	18 8,14%; 100,00%	46 20,81%; 100,00%	140 63,35%; 100,00%	221 100,00%; 100,00%
$\chi^2=40,00$; $p=0,000$						

Tabela 13 - Distribuição da orientação em relação ao tempo de acordo com o gênero (n=249).

Orientação em Relação ao Tempo	Gênero		Total
	Feminino	Masculino	
0	14 82,35%; 7,69%	3 17,65%; 4,48%	17 100,00%; 6,83%
1	30 76,92%; 16,48%	9 23,08%; 13,43%	39 100,00%; 15,66%
2	40 90,91%; 21,98%	4 9,09%; 5,97%	44 100,00%; 17,67%
3	33 75,00%; 18,13%	11 25,00%; 16,42%	44 100,00%; 17,67%
4	26 70,27%; 14,29%	11 29,73%; 16,42%	37 100,00%; 14,86%
5	39 57,35%; 21,43%	29 42,65%; 43,28%	68 100,00%; 27,31%
Total	182 73,09%; 100,00%	67 26,91%; 100,00%	249 100,00%; 100,00%
$\chi^2=16,93$; $p=0,005$			

Tabela 14 - Distribuição da orientação em relação ao tempo de acordo com o grupo etário (n=242).

Orientação em Relação ao Tempo	Grupo Etário			Total
	Grande Idoso	Idoso Adulto	Idoso Jovem	
0	5 29,41%; 7,35%	12 70,59%; 7,21%	0 0,00%; 0,00%	7 100,00%; 6,88%
1	16 41,03%; 23,53%	21 53,85%; 12,73%	2 5,13%; 14,29%	39 100,00%; 15,79%
2	18 42,86%; 26,47%	24 57,14%; 14,55%	0 0,00%; 0,00%	42 100,00%; 17,00%
3	8 18,18%; 11,76%	33 75,00%; 20,00%	3 6,82%; 21,43%	44 100,00%; 17,81%
4	11 29,73%; 16,18%	25 67,57%; 15,15%	1 2,70%; 7,14%	37 100,00%; 14,98%
5	10 14,71%; 14,71%	50 73,53%; 30,30%	8 11,76%; 57,14%	68 100,00%; 27,53%
Total	68 27,53%; 100,00%	165 66,80%; 100,00%	14 5,67%; 100,00%	242 100,00%; 100,00%
$\chi^2=22,68$; $p=0,012$				

Tabela 15 - Distribuição da orientação em relação ao tempo de acordo com o grau de escolaridade (n=221).

Orientação em Relação ao Tempo	Grau de Escolaridade						Total
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Sem Escolaridade	Ensino Secundário	Ensino Superior	
0	8 53,33%; 5,52%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	7 46,67%; 11,67%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	15 100,00%; 6,79%
1	15 44,12%; 10,34%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	18 52,94%; 30,00%	1 2,94%; 20,00%	0 0,00%; 0,00%	34 100,00%; 15,38%
2	28 75,68%; 19,31%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	9 24,32%; 15,00%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	37 100,00%; 16,74%
3	22 59,46%; 15,17%	1 2,70%; 33,33%	0 0,00%; 0,00%	14 37,84%; 23,33%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	37 100,00%; 16,74%
4	24 66,67%; 15,55%	0 0,00%; 0,00%	1 2,78%; 33,33%	8 22,22%; 13,33%	1 2,78%; 20,00%	2 5,56%; 40,00%	36 100,00%; 16,29%
5	48 77,42%; 33,10%	2 3,23%; 66,67%	2 3,23%; 66,67%	4 6,45%; 6,67%	3 4,84%; 60,00%	3 4,84%; 60,00%	62 100,00%; 28,05%
Total	145 65,61%; 100,00%	3 1,36%; 100,00%	3 1,36%; 100,00%	60 27,15%; 100,00%	5 2,26%; 100,00%	5 2,26%; 100,00%	221 100,00%; 100,00%
$\chi^2 45,58$; $p=0,007$							

Tabela 16 - Distribuição do estado cognitivo de acordo com a orientação em relação ao tempo (n=221).

Estado Cognitivo	Orientação em Relação ao Tempo						Total
	0	1	2	3	4	5	
Com Déficit Cognitivo	15 10,00%; 100,00%	33 22,00%; 97,06%	36 24,00%; 97,30%	34 22,67%; 91,89%	24 16,00%; 66,67%	8 5,33%; 12,90%	150 100,00%; 67,87%
Sem Déficit Cognitivo	0 0,00%; 0,00%	1 1,41%; 2,94%	1 1,41%; 2,70%	3 4,23%; 8,11%	12 16,90%; 33,33%	54 76,06%; 87,10%	71 100,00%; 32,13%
Total	15 6,79%; 100,00%	34 15,38%; 100,00%	37 16,74%; 100,00%	37 16,74%; 100,00%	36 16,90%; 100,00%	62 28,05%; 100,00%	221 100,00%; 100,00%
$\chi^2=130,80$; $p=0,000$							

Tabela 17 - Distribuição da evocação de acordo com o gênero (n=249).

Evocação	Gênero		Total
	Feminino	Masculino	
0	74 74,75%; 40,66%	25 25,25%; 37,31%	99 100,00%; 39,76%
1	42 79,25%; 23,08%	11 20,75%; 16,42%	53 100,00%; 21,29%
2	28 73,68%; 15,38%	10 26,32%; 14,93%	38 100,00%; 15,26%
3	38 64,41%; 20,84%	21 35,59%; 31,34%	59 100,00%; 23,69%
Total	182 73,09%; 100,00%	67 26,91%; 100,00%	249 100,00%; 100,00%
$\chi^2=3,43$; $p=0,330$			

Tabela 18 - Distribuição da evocação de acordo com o grupo etário (n=249).

Evocação	Grupo Etário			Total
	Grande Idoso	Idoso Adulto	Idoso Jovem	
0	38 39,18%; 55,88%	57 58,76%; 34,55%	2 2,06%; 14,29%	97 100,00%; 39,27%
1	16 30,19%; 23,53%	36 67,92%; 21,82%	1 1,89%; 7,14%	53 100,00%; 21,46%
2	6 15,79%; 8,82%	30 78,95%; 18,18%	2 5,26%; 14,29%	38 100,00%; 15,28%
3	8 13,56%; 11,76%	42 71,19%; 25,45%	9 15,25%; 64,29%	59 100,00%; 23,89%
Total	68 27,53%; 100,00%	165 66,80%; 100,00%	14 5,67%; 100,00%	247 100,00%; 100,00%
$\chi^2=26,17$; $p=0,000$				

Tabela 19 - Distribuição da evocação de acordo com o grau de escolaridade (n=221).

Evocação	Grau de Escolaridade						Total
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Sem Escolaridade	Ensino Secundário	Ensino Superior	
0	52 60,47%; 35,86%	0 0,00%; 0,00%	1 1,16%; 33,33%	31 36,05%; 51,67%	1 1,16%; 20,00%	1 1,16%; 20,00%	86 100,00%; 38,91%
1	32 68,09%; 22,07%	1 2,13%; 33,33%	1 2,13%; 33,33%	12 25,33%; 20,00%	1 2,13%; 20,00%	0 0,00%; 0,00%	47 100,00%; 21,27%
2	21 61,76%; 14,28%	0 0,00%; 0,00%	1 2,94%; 33,33%	11 32,35%; 18,33%	1 2,94%; 20,00%	0 0,00%; 0,00%	34 100,00%; 5,48%
3	40 74,07%; 27,59%	2 3,70%; 66,67%	0 0,00%; 0,00%	6 11,11%; 10,00%	2 3,70%; 40,00%	4 7,41%; 8,00%	54 100,00%; 24,43%
Total	145 65,61%; 100,00%	3 1,36%; 100,00%	3 1,36%; 100,00%	60 27,15%; 100,00%	5 2,26%; 100,00%	5 2,26%; 100,00%	221 100,00%; 100,00%
$\chi^2=24,81$; $p=0,053$							

Tabela 20 - Distribuição do estado cognitivo de acordo com a evocação (n=221).

Estado Cognitivo	Evocação				Total
	0	1	2	3	
Com Déficit Cognitivo	81 54,00%; 94,19%	38 25,33%; 80,85%	17 11,33%; 50,00%	14 9,33%; 25,93%	150 100,00%; 67,87%
Sem Déficit Cognitivo	5 7,04%; 5,81%	9 12,68%; 19,15%	17 23,94%; 50,00%	40 56,34%; 74,07%	71 100,00%; 32,13%
Total	86 38,91%; 100,00%	47 21,27%; 100,00%	34 15,38%; 100,00%	54 24,43%; 100,00%	221 100,00%; 100,00%
$\chi^2=79,49$; $p=0,000$					

Tabela 21 - Distribuição da linguagem alínea c) de acordo com o gênero (n=248).

Linguagem Alínea c)	Gênero		Total
	Feminino	Masculino	
0	1 50,00%; 0,55%	1 50,00%; 1,49%	2 100,00%; 0,81%
1	10 66,67%; 5,52%	5 33,33%; 7,46%	15 100,00%; 6,05%
2	3 60,00%; 1,66%	2 40,00%; 2,99%	5 100,00%; 2,02%
3	167 73,89%; 92,27%	59 26,11%; 88,06%	226 100,00%; 91,13%
Total	181 72,98%; 100,00%	67 27,02%; 100,00%	248 100,00%; 100,00%
$\chi^2=1,36; p=0,715$			

Tabela 22 - Distribuição da linguagem alínea c) de acordo com o grupo etário (n=246).

Linguagem Alínea c)	Grupo Etário			Total
	Grande Idoso	Idoso Adulto	Idoso Jovem	
0	0 0,00%; 0,00%	2 100,00%; 1,21%	0 0,00%; 0,00%	2 100,00%; 0,81%
1	7 50,00%; 10,45%	7 50,00%; 4,24%	0 0,00%; 0,00%	14 100,00%; 5,69%
2	2 40,00%; 2,99%	2 40,00%; 1,21%	1 20,00%; 7,14%	5 100,00%; 2,03%
3	58 25,78%; 86,57%	154 68,44%; 93,33%	13 5,78%; 92,86%	225 100,00%; 91,46%
Total	67 27,24%; 100,00%	165 67,07%; 100,00%	14 5,69%; 100,00%	246 100,00%; 100,00%
$\chi^2=7,78; p=0,255$				

Tabela 23 - Distribuição da linguagem alínea c) de acordo com o grau de escolaridade (n=220).

Linguagem Alínea c)	Grau de Escolaridade						Total
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Sem Escolaridade	Ensino Secundário	Ensino Superior	
0	1 50,00%; ; 0,69%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	1 50,00%; 1,67%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	2 100,00%; ; 0,91%
1	6 66,67%; ; 4,17%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	3 33,33%; 5,00%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	9 100,00%; ; 4,09%
2	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	4 100,00%; 6,67%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	4 100,00%; ; 1,82%
3	137 66,83%; ; 95,14%	3 1,46%; 100,00%; %	3 1,46%; 100,00%; %	52 25,37%; 86,67%	5 2,44%; 100,00%	5 2,44%; 100,00%	205 100,00%; ; 93,18%
Total	144 65,45%; ; 100,00%; %	3 1,36%; 100,00%; %	3 1,36%; 100,00%; %	60 27,27%; 100,00%	5 2,27%; 100,00%	5 2,27%; 100,00%	220 100,00%; ; 100,00%; %
$\chi^2=12,81$; $p=0,617$							

Tabela 24 - Distribuição do estado cognitivo de acordo com a linguagem alínea c) (n=220).

Estado Cognitivo	Linguagem Alínea c)				Total
	0	1	2	3	
Com Défice Cognitivo	2 1,34%; 100,00%	8 5,37%; 88,89%	4 2,68%; 100,00%	135 90,60%; 65,85%	149 100,00%; 67,73%
Sem Défice Cognitivo	0 0,00%; 0,00%	1 1,41%; 11,11%	0 0,00%; 0,00%	70 98,59%; 34,15%	71 100,00%; 32,27%
Total	2 0,91%; 100,00%	9 4,09%; 100,00%	4 1,82%; 100,00%	205 93,18%; 100,00%	220 100,00%; 100,00%
$\chi^2=5,05$; $p=0,1684$					

Tabela 25 - Distribuição da qualidade de sono de acordo com o género (n=247).

Qualidade de sono pelo PSQI	Género		Total
	Feminino	Masculino	
Boa Qualidade	9 40,91%; 4,97%	13 59,09%; 19,70%	22 100,00%; 8,91%
Má Qualidade	172 76,44%; 95,03%	53 23,56%; 80,30%	225 100,00%; 91,09%
Total	181 73,28%; 100,00%	66 26,72%; 100,00%	247 100,00%; 100,00%
$\chi^2=11,17$; $p=0,000$			

Tabela 26 - Distribuição da qualidade de sono de acordo com o grupo etário (n=245).

Qualidade de sono pelo PSQI	Grupo Etário			Total
	Grande Idoso	Idoso Adulto	Idoso Jovem	
Boa Qualidade	5 22,73%; 7,46%	12 54,55%; 7,32%	5 22,73%; 35,71%	22 100,00%; 8,98%
Má Qualidade	62 27,80%; 92,54%	152 68,16%; 92,68%	9 4,04%; 64,29%	223 100,00%; 91,02%
Total	67 27,35%; 100,00%	164 66,94%; 100,00%	14 5,71%; 100,00%	245 100,00%; 100,00%
$\chi^2=13,08$; $p=0,001$				

Tabela 27 - Distribuição da qualidade de sono de acordo com o grau de escolaridade (n=220).

Qualidade de sono pelo PSQI	Grau de Escolaridade						Total
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Sem Escolaridade	Ensino Secundário	Ensino Superior	
Boa Qualidade	10 52,63%; 6,94%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	4 21,05%; 6,67%	3 15,79%; 60,00%	2 10,53%; 40,00%	19 100,00%; 8,64%
Má Qualidade	134 66,67%; 93,06%	3 1,49%; 100,00%	3 1,49%; 100,00%	56 27,86%; 93,33%	2 1,00%; 40,00%	3 1,49%; 60,00%	201 100,00%; 91,36%
Total	144 65,45%; 100,00%	3 1,36%; 100,00%	3 1,36%; 100,00%	60 27,27%; 100,00%	5 2,27%; 100,00%	5 2,27%; 100,00%	220 100,00%; 100,00%
$\chi^2=23,69$; $p=0,000$							

Tabela 28 - Distribuição da qualidade de sono de acordo com o estado cognitivo (n=220).

Qualidade de sono pelo PSQI	Estado Cognitivo		Total
	Com Déficit Cognitivo	Sem Déficit Cognitivo	
Boa Qualidade	8 42,11%; 5,37%	11 5,89%; 15,49%	19 100,00%; 8,64%
Má Qualidade	141 70,15%; 94,63%	60 29,85%; 84,51%	201 100,00%; 91,36%
Total	149 67,73%; 100,00%	71 32,27%; 100,00%	220 100,00%; 100,00%
$\chi^2=5,03$; $p=0,015$			

Tabela 29 - Distribuição da frequência de utilização de ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos de acordo com o gênero (n=247).

Quantas vezes toma medicamentos para dormir?	Gênero		Total
	Feminino	Masculino	
0	75 60,37%; 41,44%	38 33,63%; 57,58%	113 100,00%; 45,75%
3	106 79,10%; 58,56%	28 20,90%; 42,42%	134 100,00%; 54,25%
Total	181 73,28%; 100,00%	66 26,72%; 100,00%	247 100,00%; 100,00%
$\chi^2=4,45$; $p=0,018$			

Tabela 30 - Distribuição da frequência de utilização de ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos de acordo com o grupo etário (n=245).

Quantas vezes toma medicamentos para dormir?	Grupo Etário			Total
	Grande Idoso	Idoso Adulto	Idoso Jovem	
0	31 27,68%; 46,27%	75 66,96%; 45,73%	6 5,36%; 42,86%	112 100,00%; 45,71%
3	36 27,07%; 53,73%	89 66,92%; 54,27%	8 6,02%; 57,14%	133 100,00%; 54,29%
Total	67 27,35%; 100,00%	164 66,94%; 100,00%	14 5,71%; 100,00%	245 100,00%; 100,00%
$\chi^2=0,05$; $p=0,973$				

Tabela 31 - Distribuição da frequência de utilização de ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos de acordo com o grau de escolaridade (n=220).

Quantas vezes toma medicamentos para dormir?	Grau de Escolaridade						Total
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Sem Escolaridade	Ensino Secundário	Ensino Superior	
0	64 62,75%; 44,44%	1 0,98%; 33,33%	0 0,00%; 0,00%	34 33,33%; 56,67%	2 1,96%; 40,00%	1 0,98%; 20,00%	102 100,00%; 46,36%
3	80 67,80%; 55,56%	2 1,69%; 66,67%	3 2,54%; 100,00%	26 22,03%; 43,33%	3 2,54%; 60,00%	4 3,39%; 80,00%	118 100,00%; 53,64%
Total	144 65,45%; 100,00%	3 1,36%; 100,00%	3 1,36%; 100,00%	60 27,27%; 100,00%	5 2,27%; 100,00%	5 2,27%; 100,00%	220 100,00%; 100,00%
$\chi^2=7,10$; $p=0,213$							

Tabela 32 - Distribuição da frequência de utilização de ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos de acordo com a qualidade de sono (n=247).

Quantas vezes toma medicamentos para dormir?	Qualidade de sono pelo PSQI		Total
	Boa Qualidade	Má Qualidade	
0	16 14,16%; 72,73%	97 85,84%; 43,11%	113 100,00%; 45,75%
3	6 4,48%; 27,27%	128 95,52%; 56,89%	134 100,00%; 54,25%
Total	22 8,91%; 100,00%	225 91,09%; 100,00%	247 100,00%; 100,00%
$\chi^2=5,93$; $p=0,007$			

Tabela 33 - Distribuição da atenção de acordo com o género (n=244).

Teste de Toulouse-Piéron	Género		Total
	Feminino	Masculino	
2º Condição Cumprida	15 62,50%; 8,43%	9 37,50%; 13,64%	24 100,00%; 9,84%
Difícil	43 75,44%; 24,16%	14 24,56%; 21,21%	57 100,00%; 23,36%
Qualitativamente	58 67,44%; 32,58%	28 32,56%; 42,42%	86 100,00%; 35,25%
Visão Má	62 80,52%; 34,83%	15 19,48%; 22,73%	77 100,00%; 31,56%
Total	178 72,95%; 100,00%	66 27,05%; 100,00%	244 100,00%; 100,00%
$\chi^2 = 5,07$; $p = 0,167$			

Tabela 34 - Distribuição da atenção de acordo com o grupo etário (n=242).

Teste de Toulouse-Piéron	Grupo Etário			Total
	Grande Idoso	Idoso Adulto	Idoso Jovem	
2° Condição Cumprida	4 16,67%; 5,97%	16 66,67%; 9,94%	4 16,67%; 28,57%	24 100,00%; 9,92%
Difícil	23 40,35%; 34,33%	32 56,14%; 19,88%	2 3,51%; 14,29%	57 100,00%; 23,55%
Qualitativamente	17 19,77%; 25,37%	62 72,09%; 38,51%	7 8,14%; 50,00%	86 100,00%; 35,54%
Visão Má	23 30,67%; 34,33%	51 68,00%; 31,68%	1 1,33%; 7,14%	75 100,00%; 30,99%
Total	67 27,69%; 100,00%	161 66,53%; 100,00%	14 5,79%; 100,00%	242 100,00%; 100,00%
$\chi^2=16,81$; $p=0,010$				

Tabela 35 - Distribuição da atenção de acordo com o grau de escolaridade (n=218).

Teste de Toulouse-Piéron	Grau de Escolaridade						Total
	1° Ciclo	2° Ciclo	3° Ciclo	Sem Escolaridade	Ensino Secundário	Ensino Superior	
2° Condição Cumprida	17 70,83%; 11,81%	0 0,00%; 0,00%	1 4,17%; 33,33%	4 16,67%; 6,90%	1 4,17%; 20,00%	1 4,17%; 20,00%	24 100,00%; ; 11,01%
Difícil	35 71,43%; 24,31%	0 0,00%; 0,00%	0 0,00%; 0,00%	13 26,53%; 22,41%	0 0,00%; 0,00%	1 2,04%; 20,00%	49 100,00%; ; 22,48%
Qualitativamente	48 62,34%; 33,33%	2 2,60%; 66,67%	2 2,60%; 66,67%	19 24,68%; 32,76%	4 5,19%; 80,00%	2 2,60%; 40,00%	77 100,00%; ; 35,32%
Visão Má	44 64,71%; 30,56%	1 1,47%; 33,33%	0 0,00%; 0,00%	32 32,35%; 37,93%	0 0,00%; 0,00%	1 1,47%; 20,00%	68 100,00%; ; 31,19%
Total	144 66,06%; 100,00%	3 1,38%; 100,00%	3 1,38%; 100,00%	58 2,61%; 100,00%	5 2,29%; 100,00%	5 2,29%; 100,00%	218 100,00%; ; 100,00%
$\chi^2=15,11$; $p=0,443$							

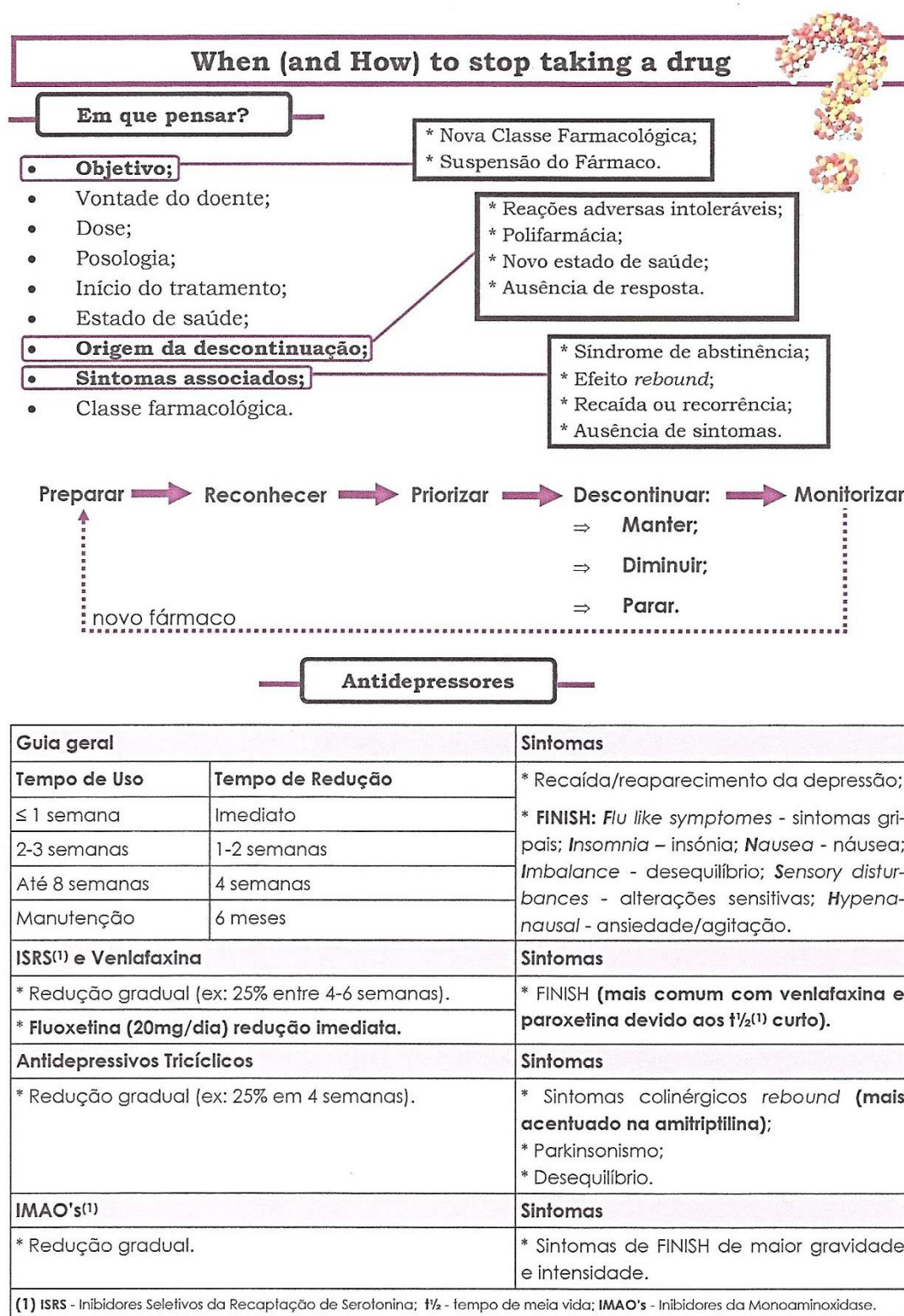
Tabela 36 - Distribuição da atenção de acordo com o estado cognitivo (n=218).

Teste de Toulouse-Piéron	Estado Cognitivo		Total
	Com Déficit Cognitivo	Sem Déficit Cognitivo	
2º Condição Cumprida	12 50,00; 8,16%	12 50,00%; 16,90%	24 100,00%; 11,01%
Difícil	45 91,84%; 30,61%	4 8,16%; 5,63%	49 100,00%; 22,48%
Qualitativamente	42 54,55%; 28,57%	35 45,45%; 49,30%	77 100,00%; 35,32%
Visão Má	48 70,59%; 32,65%	20 29,41%; 28,17%	68 100,00%; 31,19%
Total	147 67,43%; 100,00%	71 32,57%; 100,00%	218 100,00%; 100,00%
$\chi^2=23,03$; $p=0,000$			

Tabela 37 - Distribuição da atenção de acordo com a qualidade de sono (n=244).

Teste de Toulouse-Piéron	PSQI		Total
	Boa Qualidade	Má Qualidade	
2º Condição Cumprida	5 20,83%; 25,00%	19 79,17%; 8,48%	24 100,00%; 9,84%
Difícil	2 3,51%; 10,00%	55 96,49%; 24,55%	57 100,00%; 23,36%
Qualitativamente	11 12,79%; 55,00%	75 87,21%; 33,48%	86 100,00%; 35,25%
Visão Má	2 2,60%; 10,00%	75 97,40%; 33,48%	77 100,00%; 31,56%
Total	20 8,20%; 100,00%	224 91,80%; 100,00%	244 100,00%; 100,00%
$\chi^2=12,38$; $p=0,006$			

Anexo XI - Descontinuação de Medicamentos



Patrícia Oliveira Almeida

Figura 1 - Descontinuação de medicamentos, projeto de estágio em FC na Farmácia do Cavaco, Parte 1.

Benzodiazepinas (BZ) e Hipnóticos

Guia geral		Sintomas
Tipo BZ	Tempo até Sintomas	* Insônia e ansiedade (efeito rebound); * Confusão; * Psicose; * Convulsões; * Alterações metabólicas generalizadas.
Ação Curta	1 dia após	
Ação Longa	3 dias após	
Opção 1: redução 1/8 da dose de 2/2 semanas entre 4 semanas a 6 meses (redução mais lenta no caso de sintomas exacerbados).		Dose Equivalente: 5mg diazepam; E0,5-1mg lorazepam; E2,5-5mg nitrazepam; E15mg oxazepam; E10mg temazepam; E0,25mg triazolam;
Opção 2 (menos aconselhada): transferir a dose para diazepam → Reduzir até 2-2,5mg por 2/3 semanas → Retirar por completo.		

Anti-hipertensores e Antianginosos

Guia geral	Sintomas
* Redução entre 3-6 meses.	* Hipertensão (efeito <i>rebound</i>); * Angina; * Arritmia.
Beta Bloqueadores	
* Redução gradual.	* Enfarte; * Sintomas <i>rebound</i> mais exacerbados em fármacos de ação curta (ex: Propanolol).
Bloqueadores dos Canais de Cálcio	
* Redução gradual.	
Tiazidas	
* Redução gradual ou retirada imediata.	
Agonistas Alfa	
* Redução gradual ou retirada imediata (sintomas mais acentuados na clonidina ou outros de ação curta).	

Opioides

Guia geral	Sintomas
* Redução gradual.	* Síndrome de abstinência (após horas ou meses).

Antiulcerosos

Guia geral	Sintomas
* Redução para 1/2 dose durante 4-8 semanas → Parar ou adicionar um agente mais fraco.	* Esofagite; * Hiperacidez (efeito <i>rebound</i>); * Dispepsia; * Indigestão.
Inibidores da Bomba de Prótons	
Opção 1: alternar a dose a cada 2/3 dias.	
Opção 2 (menos preferível): usar outra classe farmacológica.	
Antagonistas dos Receptores de Histamina Tipo 2	
* Redução gradual.	

Corticosteroides Sistêmicos

Guia geral	Sintomas
* Prednisolona <40mg ou uso até 3 semanas - sem redução gradual.	* Anorexia; * Hipotensão; * Sintomas TGI; * Artralgia.
* Uso >3 semanas: redução 2,5-5mg entre 1-3 dias → (quando dose diária 5-10mg) → redução 1mg a cada semana.	

Patrícia Oliveira Almeida



Figura 218 - Descontinuação de medicamentos, projeto de estágio em FC na Farmácia do Cavaco, Parte 2.

Anti-inflamatórios Não Esteroides

Guia geral	Sintomas
Opção 1: Parar abruptamente.	* Dor;
Opção 2: Redução ½ dose durante 2-4 semanas.	* Artrite;
Opção 3: Adicionar antiulcerosos.	* Gota.



Antiepiléticos

Guia geral	Sintomas
* Redução gradual, contudo mais prolongada no caso de barbitúricos e benzodiazepinas.	* Sintomas gripais;
* Gabapentina e Pregabalina com redução de 1 semana.	* Desorientação;
	* Ansiedade;
	* Convulsões;
	* Distúrbios do TGI.

Antipsicóticos

Guia geral	Sintomas
* Redução gradual.	* Acidente Vascular Cerebral;
* Preparados depot necessário redução por períodos mais prolongados.	* Miocardiopatia;
	* Neutropenia e agranulocitose;
	* Síndrome neuroléptico maligno.

Antiparkinsonianos

Guia geral	Sintomas
* Redução para ½ dose durante 4 semanas.	* Síndrome neuroléptico maligno;
	* Hipotensão;
	* Psicose;
	* Embolia pulmonar;
	* Tremor e Rigidez.

Estatinas	Parar imediatamente; sem sintomas (só em caso de decisão errada).
Varfarina	Parar imediatamente ou gradualmente; sem sintomas (só em caso de decisão errada).
Psicoestimulantes	Sem padronização na redução; sintomas: alterações mentais, deterioração cognitiva e funcional.
Bifosfonatos	Parar imediatamente; sem sintomas (só em caso de decisão errada).

Outros

Conclusão

Uma **análise benefício-risco** é primariamente protagonizada pelo médico. Contudo, o **farmacêutico** irá prestar todo o apoio necessário. **Será deste a responsabilidade de incentivar uma correta adesão à descontinuação para que se obtenha um elevado grau de sucesso no sentido da melhoria do estado clínico.**

Patrícia Oliveira Almeida

3

Figura 319 - Descontinuação de medicamentos, projeto de estágio em FC na Farmácia do Cavaco, Parte 3.

Anexo XII - Registo de Não Vendas

Registo de Não Vendas

Farmácia Cavaco janeiro 2017

#	Data	Código	Produto	Quantidade	Reserva (Sim=1 / Não=0)	Motivo
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						

Figura 1 - Folha de registo das não vendas.

Anexo XIII - Comprovativo de pedido do produto

Data: ____/____/____

Nome: _____

Contacto: _____

Produtos: _____

! INFORMAR DOS 3 DIAS PARA LEVANTAR!

Estado: Não Pago

Pedi à _____ às _____:_____

Figura 1 - Papel que fica na posse da farmácia nos casos em que o doente não paga o produto mas pede que o encomende. Este é afixado na zona da receção das encomendas para que depois seja envolvido junto do produto e armazenado na prateleira destinada a este propósito por ordem alfabética.

Anexo XIV - Registo de Erros Stock

Registo de Erros Stock

Farmácia Cavaco Janeiro 2017

#	Data	Código	Produto	Stock Real	Stock Computado	Observações
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

Figura 1 - Folha de Registo de Erros de Stock. A mesma serve para registar falhas identificadas no controlo do prazo de validade e durante o dia-a-dia caso existam falhas. Posteriormente são regularizados estes problemas por um membro da equipa responsabilizado por esta função (procura identificar a origem da situação).

Anexo XV - Comparticipações especiais em Farmácia Comunitária


Tabela 1 - Tabela resumo de patologias, legislação, medicamentos e percentagem de comparticipação em casos especiais na farmácia comunitária.


Patologia e Legislação associada	Medicamentos de dispensa em Farmácia Comunitária	Percentagem de comparticipação
Artrite Reumatóide, Artrite Idiopática Juvenil, Artrite Psoriática e Espondiloartrites [Portaria n.º 141/2017, de 18 de abril]	Lista de medicamentos referidos no anexo à Portaria n.º 141/2017, de 18 de abril	100%
Doença de Alzheimer [Despacho n.º 13020/2011, de 20/09]	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 13020/2011 (2ª série), de 20 de Setembro	37% (quando prescrito por neurologistas ou psiquiatras)
Doença inflamatória intestinal [Despacho n.º 1234/2007, de 29/12/2006, alterado pelo Despacho n.º 19734/2008, de 15/07, Despacho n.º 15442/2009, de 01/07, Despacho n.º 19696/2009, de 20/08, Despacho n.º 5822/2011, de 25/03 e Despacho n.º 8344/2012, de 12/06]	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 1234/2007 (2ª série), de 29 de Dezembro de 2006	90% (quando prescrito por médico especialista)
Dor não oncológica moderada a forte [Portaria n.º 329/2016 (1ª série), de 20 de dezembro]	Lista de medicamentos referidos no anexo à Portaria n.º 329/2016 (1ª série), de 20 de dezembro	90%
Dor oncológica moderada a forte [Portaria n.º 331/2016 (1ª série), de 22 de dezembro]	Lista de medicamentos referidos no anexo à Portaria n.º 331/2016 (1ª série), de 22 de dezembro	90%
Hemofilia [Despacho 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5]	Medicamentos comparticipados	100%
Hemoglobinopatia [Despacho 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5]	Medicamentos comparticipados	100%
Ictiose [Despacho n.º 5635-A/2014, de 24/04]	Medicamentos referidos nos números 13.3.1, 13.3.2 - Medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos - e 13.4.2.2 - Medicamentos usados em afeções cutâneas - do Grupo 13 do Escalão C da tabela anexa à Portaria n.º 78/2014, de 3 de abril	90%

Procriação medicamente assistida [Despacho n.º 10910/2009, de 22/04 alterado pela Declaração de Rectificação n.º 1227/2009, de 30/04, Despacho n.º 15443/2009, de 01/07, Despacho n.º 5643/2010, de 23/03, Despacho n.º 8905/2010, de 18/05, Despacho n.º 13796/2012, de 12/10 e Despacho n.º 56/2014, de 19/12/2013]	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10910/2009, de 22 de Abril	69%
Psicose maniaco-depressiva [Despacho 21 094/99, de 14/9]	Priadel (carbonato de lítio)	100%
Psoríase [Lei n.º 6/2010, de 07/05]	Lista de medicamentos para a psoríase	90%

Anexo XVI - Receita normal do Serviço Nacional de Saúde



Receita Médica Nº



 **REPÚBLICA PORTUGUESA**
SAÚDE




2ª VIA




RN

Utente:  


Telefone:  R.C.: 





Entidade responsável: ADOSE

Nº. de Beneficiário: 


  


Especialidade: CIRURGIA GERAL

Telefone: 

Rx	DCI / Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem, posologia	Nº	Extensão	Identificação Ótica
1	Ácido ursodesoxicólico, Ursofalk, Cápsula 250 mg Blister - 60 unidade(s) Posologia: .. durante 29 dia(s) Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias	1	Uma	 *9632018*
2	Ácido alendróico + Colecalciferol, Fosavance, 70 mg + 5600 U.I., Comprimido, Blister - 4 unidade(s) Posologia: .. durante 29 dia(s) Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias	1	Uma	 *5065156*
3	Rosuvastatina, Visacor 10 mg, Comprimido revestido por película 10 mg Blister - 60 unidade(s) Posologia: 1, durante 29 dia(s) Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias	1	Uma	 *4361788*
4	Colecalciferol, Deltius, 25000 U.I./2.5 ml. Solução oral, Frasco - 4 unidade(s) - 2.5 ml Posologia: 1 DE 15-15 DIAS, durante 29 dia(s) Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias	1	Uma	 *5593835*

Validade: 6 meses


Data: 2017-


(assinatura do Médico prescriptor)

Processado por computador - My MedicineOne, versão 8.x - MedicineOne Life Sciences Computing S.A.

Figura 1 - Digitalização de uma receita normal do Serviço Nacional de Saúde.

Anexo XVII - Receita normal do Serviço Nacional de Saúde (regime pensionista)


REPÚBLICA PORTUGUESA
 SAÚDE

Receita Médica N°

1.ª VIA

Utente: [Redacted]
 Telefone: [Redacted] R.C.: **R** [Redacted]
 Entidade Responsável: SNS
 N°. de Beneficiário: [Redacted]

RN

[Redacted]
 Especialidade: **PSIQUIATRIA**
 Telefone: [Redacted]

R	DCI / Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem, posologia	N°	Extenso	Identificação Ótica
1	Escitalopram, 10 mg. Comprimido revestido por película, Blister - 56 unidade(s)	1	Uma	[Redacted]

Posologia De acordo com guia de tratamento

50036327

2

3

4

Processado por computador - iReceita-EHR_v1.2 - Cimplecare, Lda

Validade: 6 meses


Data: 2017-[Redacted]

[Redacted]

(assinatura do Médico prescriptor)

Figura 1 - Digitalização de uma receita normal do Serviço Nacional de Saúde, regime pensionista.

Anexo XVIII - Receita eletrónica desmaterializada do Serviço Nacional de Saúde


 Guia de tratamento da prescrição n.º [REDACTED]
 Data: 2017 [REDACTED]


Guia de Tratamento para o Utente
 Não deixe este documento na farmácia


Utente: [REDACTED]
 Código de Acesso e Dispensa: [REDACTED] Código de Opção: [REDACTED] Local de Prescrição: [REDACTED]
 Prescritor: [REDACTED]
 Telefone: [REDACTED]


DCI / Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	Quant.	Validade da prescrição	Encargos*
1 Ácido acetilsalicílico, 150 mg, Cápsula de libertação modificada, Blister - 28 unidade(s) <i>1 cp por dia</i> <i>Trombolyt</i>	1	2017 [REDACTED]	Esta prescrição custa-lhe, no máximo € 0.80, a não ser que opte por um medicamento mais caro
2 Ranitidina, 150 mg, Comprimido revestido, Blister - 60 unidade(s) <i>1 comp dia</i> <i>Ralio</i>	1	2017 [REDACTED]	Esta prescrição custa-lhe, no máximo € 11.88, a não ser que opte por um medicamento mais caro
3 Ramipril, 2.5 mg, Comprimido, Blister - 60 unidade(s) <i>1 comp dia</i>	1	2017 [REDACTED]	Esta prescrição custa-lhe, no máximo € 2.42, a não ser que opte por um medicamento mais caro
4 Furosemida, 40 mg, Comprimido, Fita termossoldada - 60 unidade(s) <i>1/2 comp dia</i>	1	2017 [REDACTED]	Esta prescrição custa-lhe, no máximo € 1.24, a não ser que opte por um medicamento mais caro
5 Pravastatina, 40 mg, Comprimido, Blister - 60 unidade(s) <i>1 comp dia</i>	1	2017 [REDACTED]	Esta prescrição custa-lhe, no máximo € 8.40, a não ser que opte por um medicamento mais caro
6 Valeriana, 125 mg, Comprimido revestido, Blister - 50 unidade(s) <i>1 comp a noite</i>	1	2017 [REDACTED]	


*Os preços são válidos à data da prescrição. Para verificar se houve alterações nos preços dos medicamentos:
 • Consulte «Pesquisa Medicamentos» em www.infarmed.pt ou «Poupe na Receita» no seu telemóvel
 • Contacte a Linha do Medicamento 800 222 444 (Dias úteis: 09.00-13.00 e 14.00-17.00)
 • Fale com o seu médico ou farmacêutico.


Códigos para utilização pela farmácia em caso de falência do sistema informático

1


2


3


4


5



6


Figura 1 - Digitalização de uma receita eletrónica desmaterializada do Serviço Nacional de Saúde

Anexo XIX - Impresso SIFARMA 2000

FARMACIA DO CAVACO
R. ANTÔNIO MARTINS SOARES LEITE, 42
4520-150 SANTA MARIA DA FEIRA
Tel.:256378074

Medicamentos por Dispensar
na data de 24-04-2017

Ut: [REDACTED]
RSP nº: [REDACTED]



Código de Acesso: _____

Código de Opção : _____

Código Designação	Dt Caducidade	QT
50028553 Ácido acetilsalicílico, 150 mg, Cá..	[REDACTED]-2017	1
50002368 Furosemida, 40 mg, Comprimido, Fit..	[REDACTED]-2017	1
50014269 Pravastatina, 40 mg, Comprimido, B..	[REDACTED]-2017	1
50017020 Ramipril, 2.5 mg, Comprimido, Blis..	[REDACTED]-2017	1
50003984 Ranitidina, 150 mg, Comprimido rev..	[REDACTED]-2017	1

Figura 1 - Talão impresso pelo SIFARMA 2000 com o fornecimento de informações sobre os medicamentos que faltam levantar juntamente com número da receita e local para inscrição do código de acesso e de opção.

Anexo XX - Receita manual do Serviço Nacional de Saúde

Receita Médica N.º

GOVERNO DE PORTUGAL
Ministério da Saúde

Utente: [redacted]
N.º de Utente: [redacted]
Telefone: [redacted] R. C.: [redacted]
Entidade Responsável: SNS
N.º de Beneficiário: [redacted]

RECEITA MANUAL
Exceção legal:
☒ a) Falência informática
☐ b) Inadaptação do prescriptor
☐ c) Prescrição no domicílio
☐ d) Até 40 receitas/mês

Especialidade: MGF
Telefone: [redacted]

R. DCI/Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem	N.º	Extenso
1 Augmentin, 875/125, 16cps Posologia 1cp 12/12h		1 m
2 Leprazolol, 20mg, 20cps Posologia 1cp 12/12h 5 dias		1 m
3 Fluticasona, 600mg, 20cps Posologia 1cp 4x/dia 5 dias		1 m
4 Posologia		

Validade: 30 dias
Data: 2017/ [redacted]
(aaaa/mm/aa)

[redacted]
(assinatura do médico prescriptor)

Modelo n.º 1806 (Exclusivo da INCM, S.A.)

Figura 1 - Digitalização de uma receita manual do Serviço Nacional de Saúde.

Anexo XXI - Automedicação

Tabela 1 - Tabela de sintomas apresentados pelo doente das quais se pode proceder à automedicação (com termos técnicos).

Sistema Digestivo
<ul style="list-style-type: none"> • Diarreia. • Hemorroidas (diagnóstico confirmado). • Pirose, enfartamento, flatulência. • Obstipação. • Vômitos, enjoo do movimento. • Higiene oral e da orofaringe. • Endoparasitoses intestinais. • Estomatites (excluindo graves) e gengivites. • Odontalgias. • Profilaxia da cárie dentária. • Candidíase oral recorrente com diagnóstico médico prévio. • Modificação dos termos de higiene oral por desinfeção oral. • Estomatite aftosa.
Sistema Respiratório
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatologia associada a estados gripais e constipações. • Odinofagia, faringite (excluindo amigdalite). • Rinorreia e congestão nasal. • Tosse e rouquidão. • Tratamento sintomático da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio. • Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infeções respiratórias em presença de hipersecreção brônquica. • Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio (corticóide em inalador nasal).
Sistema Cutâneo
<ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras de 1º grau, incluindo solares. • Verrugas. • Acne ligeiro a moderado. • Desinfeção e higiene da pele e mucosas. • Micoses interdigitais. • Ectoparasitoses. • Picadas de insectos. • Pitiríase capitis (caspa). • Herpes labial. • Feridas superficiais. • Dermatite das fraldas. • Seborreia. • Alopecia. • Calos e calosidades. • Frieiras. • Tratamento da pitiríase versicolor. • Candidíase balânica. • Anestesia tópica em mucosas e pele nomeadamente mucosa oral e rectal. • Tratamento sintomático localizado de eczema e dermatite com diagnóstico médico prévio.
Sistema Nervoso/Psíquico
<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleias ligeiras a moderadas. • Tratamento da dependência da nicotina para alívio dos sintomas de privação desta substância em pessoas que desejem deixar de fumar. • Enxaqueca com diagnóstico médico prévio.

<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade ligeira temporária. • Dificuldade temporária em adormecer.
Sistema Muscular/Ósseo
<ul style="list-style-type: none"> • Dores musculares ligeiras a moderadas. • Contusões. • Dores pós-traumáticas. • Dores reumatismais ligeiras moderadas (osteartrose/osteoartrite). • Dores articulares ligeiras a moderadas. • Tratamento tópico de sinovites, artrites (não infecciosa), bursites, tendinites. Inflamação moderada de origem músculo esquelética nomeadamente pós-traumática ou de origem reumática.
Sistema Geral
<ul style="list-style-type: none"> • Febre (menos de três dias). • Estados de astenia de causa identificada. • Prevenção de avitaminoses.
Sistema Ocular
<ul style="list-style-type: none"> • Hipossecreção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a três dias. • Tratamento preventivo da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio. • Tratamento sintomático da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.
Sistema Ginecológico
<ul style="list-style-type: none"> • Dismenorreia primária. • Contraceção de emergência. • Métodos contraceptivos de barreira e químicos. • Higiene vaginal. • Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfeção vaginal. • Candidíase vaginal recorrente com diagnóstico médico prévio. Situação clínica caracterizada por corrimento vaginal esbranquiçado, acompanhado de prurido vaginal e habitualmente com exacerbação pré-menstrual. • Terapêutica tópica nas alterações tróficas do tracto génitourinário inferior acompanhadas de queixas vaginais como disparêunia, secura e prurido.
Sistema Vascular
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome varicoso—terapêutica tópica adjuvante. • Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crónica (com descrição de sintomatologia).

Anexo XXII - Receita para MUV



Breed - Serviços para Animais de Companhia
Rua dos Serralheiros, 17A 4520-210 Santa
Maria da Feira
256373526
clinicafeira@breed.pt



Série: [REDACTED]

Proprietário: [REDACTED]
Animal: Kiara
Espécie: Caninos

Rx	Nome, dosagem, forma farmacêutica, magistral, posologia	Nº	Extenso	Identificação ótica
1	Bialminal, 100 mg, oral Posologia: Dar 3/4 do comprimido, de 12 em 12 horas, até indicação médica em contrário	1	um	
2	STESOLID, 10 mg/2.5 ml, intra-rectal Posologia: Colocar 1 ampola mais meia em situação SOS.	1	um	
3				
4				

Data: 2017- [REDACTED]

[REDACTED]

(Assinatura do Médico Veterinário)

Marco de Canaveses
Alpendorada
Felgueiras - Lixa
Santa Maria da Feira
Paredes

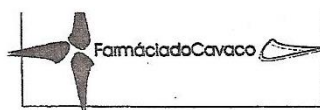
geral@breed.pt

www.breed.pt

www.facebook.com/breed.com.pt

Figura 1 - Receita para cedência de medicamentos de uso humano mas aplicados no âmbito veterinário.

Anexo XXIII - Vaseline Salicilada a 3%



Ficha de Preparação de
Medicamentos Manipulados

Página 1 de 3

Medicamento: Vaseline Salicilada a 3%

Teor em substância (s) activa (s): 100 g (ml ou unidades) contém 3 g (ml) de ácido salicílico

Forma farmacêutica: pomada propriamente dita

Data de preparação: 02/02/2017

Número do lote: 001/2017

Quantidade a preparar: 30 gramas

Matérias-primas	Lote nº	Origem	Quantidade para 100 g (ou ml, ou unidades)	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Ácido salicílico	132263-0-3 931503 02/02/2017	Acufarma	3g	0,9g	0,915g	Plmeida 02/02/2017	f
Vaseline branca	931503 02/02/2017	Haidlab	97g	29,10g	29,19g	Plmeida 02/02/2017	f

Preparação

Rubrica do Operador

1. Verificar o estado de limpeza da bancada e limpar o material e laboratório.	Plmeida
2. Pulverizar e tambar o ácido salicílico e pesar a quantidade calculada.	Plmeida
3. Pesar a vaseline branca de acordo com a quantidade necessária.	Plmeida
4. Incorporar o ácido salicílico à vaseline por espatulagem.	Plmeida
5. Aguardar da homogeneidade, adicionar no recipiente adequado.	Plmeida
6. Rotular de acordo com as normas necessárias.	Plmeida
7. Limpar o material e a bancada com álcool a 70%.	Plmeida

Embalagem

Tipo de embalagem: frasco

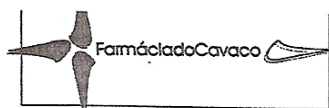
Capacidade do recipiente:

Material de embalagem	Nº do lote	Origem
Plástico		

Operador: Plmeida

IMP.10.1

Figura 1 - Ficha de preparação de medicamentos manipulados, Parte 1.



Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados

Página 2 de 3

Prazo de utilização e Condições de conservação

Condições de conservação: conservar à temperatura ambiente e ao abrigo da luz.
Plástico recipientes bem fechados.

Operador: Plmeide

Mantém fora do alcance das crianças

Prazo de utilização:

3 meses após a preparação (02/05/2017)

Operador: Plmeide

Verificação

ENSAIO	ESPECIFICAÇÃO	RESULTADO	Rubrica do Operador
Aspecto organoléptico - cor	- branca	- conforme	<u>Plmeide</u>
Aspecto organoléptico - odor	- inodoro	- conforme	<u>Plmeide</u>
Aspecto organoléptico - aspecto	- homogêneo	- conforme	<u>Plmeide</u>
Quantidade	- $\pm 5\%$	- conforme	<u>Plmeide</u>

Aprovado ☒

Rejeitado ☐

Supervisor:

2/2/17

Nome, morada e telefone do doente

Nome do prescritor

Anotações (cálculos)

• Quantidade total = 30gr

• Quantidade salicilato = x

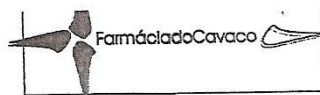
30g - 10gr = x = 0,9gr

• Quantidade vaselina = y

$y = 30 - 0,9 = 29,1gr$

EMP.10.1

Figura 2 - Ficha de preparação de medicamentos manipulados, Parte 2.



Cálculo do preço de venda

MATÉRIAS-PRIMAS:							
matérias-primas	embalagem existente em armazém		preço de aquisição de uma dada quantidade unitária (s/IVA)		quantidade a usar	factor multiplicativo	valor da matéria-prima utilizada na preparação
	quantidade adquirida	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade unitária	preço			
Ácido salicílico	250 g	6,72	1	0,027	x 0,9	x 2,5	= 0,06
Vesicular branca	900 g	4,42	1	0,005	x 29,7	x 1,9	= 0,28
					x	x	=
					x	x	=
					x	x	=
subtotal A							0,34

HONORÁRIOS DE MANIPULAÇÃO:					
	forma farmacêutica	quantidade	F (€)	factor multiplicativo	valor
valor referente à quantidade base	remota preparação	30	4,92	x 3	= 14,76
valor adicional	clito		x	x	=
subtotal B					14,76

MATERIAL DE EMBALAGEM:				
materiais de embalagem	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade	factor multiplicativo	valor
balão plástico	10,62	x 1	x 1,2	= 0,74
		x	x 1,2	=
subtotal C				0,74

PREÇO DE VENDA AO PÚBLICO DO MEDICAMENTO MANIPULADO:

(A + B + C) x 1,3 = 20,39

+ IVA = 23,7

D 25,33

DISPOSITIVOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO:			
Dispositivo	Preço unitário	quantidade	valor

E

PREÇO FINAL: D + E

Operator: Delmoide Supervisor: A

IMP.10.1

Rubrica do Director Técnico	Data
	2-2-17

Farmácia do Cavaco
Adjunto Subst.

A

Figura 3 - Ficha de preparação de medicamentos manipulados, Parte 3. Os preços de referência dos produtos foram utilizados com base nas matérias-primas já adquiridas em tempos anteriores pela farmácia.

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

VI: [redacted] Data: 26/ [redacted] NO: [redacted]
 PEDIATRIA Urg No: [redacted] 26/ [redacted]
 DATA NASC: [redacted] 1 Meses Masc. N. SNS: [redacted]
 [redacted] TEL: [redacted]
 SNS No: [redacted]

Receita/
Vaselina Salicilada
a 3%,
30 gramas

[redacted]
 PEDIATRIA
 [redacted]
 2017/Jan. 81

USO EXCLUSIVO PARA RECEITAS E DECLARAÇÕES MÉDICAS
 CUIDEN - Anad.010

Sede: Unidade de Stª. Mª. da Feira
 Morada: Rua Dr. Cândido de Pinho
 4520-211 Santa Maria da Feira

Telefone: 256 379 700
 Fax: 256 373 867
 hss@chedv.min-saude.pt

Figura 4 - Receita médica de uma Vaselina Salicilada a 3% numa totalidade de 30 gramas.

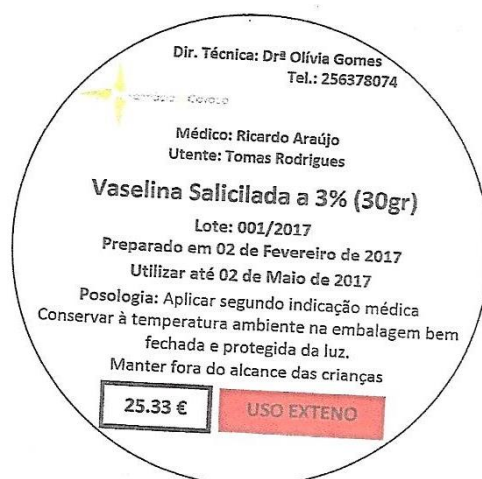


Figura 5 - Rótulo aplicado no boião de dispensa do manipulado ao doente.